

PATIENT LABEL AREA



## HISTORIAL MÉDICO

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**¡Bienvenida(o)! Le pedimos que complete con detalle el siguiente historial de salud, para que podamos ofrecerle el mejor cuidado para su hijo(a). Gracias.**

Nombre del/de la Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Razón para su visita de hoy: \_\_\_\_\_

¿Hay algo que lo/la preocupa hoy? \_\_\_\_\_

¿Su hija(a) *ha tenido alguna vez* o tiene problemas con cualquiera de lo siguiente (marque todo lo que aplique)?

<input type="checkbox"/> Bienestar General	<input type="checkbox"/> Ojos
<input type="checkbox"/> Oídos, Nariz, Garganta	<input type="checkbox"/> Estómago/Digestión
<input type="checkbox"/> Pulmones/Respiración	<input type="checkbox"/> Corazón/Circulación
<input type="checkbox"/> Genitales/Relacionado a la Orina	<input type="checkbox"/> Neurológico
<input type="checkbox"/> Sangre/Sistema Linfático	<input type="checkbox"/> Piel
<input type="checkbox"/> Estado de Ánimo/Psicológico	<input type="checkbox"/> Tiroides/Sistema Endocrino/Crecimiento
<input type="checkbox"/> Músculos/Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Otro

Problemas Médicos Actuales: \_\_\_\_\_

Medicinas Actuales (incluyendo las que no requieren prescripción): \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

(AL REVERSO)

PATIENT LABEL AREA



# HISTORIAL MÉDICO

**Estado de Vacunaciones/Inmunizaciones:**

Actualizadas

No Están Actualizadas

**Historial Médico:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial de Cirugías:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial Social:**

- ¿Quién vive en su casa? \_\_\_\_\_
- ¿Hay alguien que fuma en su casa? Si sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Hay mascotas en su casa? Si sí, ¿qué clase? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia Familiar (incluyendo asma/alergias/ eczema):**

- Madre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Padre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Hermanos/Hermanas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Abuelos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Hay algo más que le gustaría decirnos acerca de su hijo(a)?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MADRE O PADRE/GUARDIÁN, NOMBRE IMPRESO

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO CON EL/LA NIÑO(A)

\_\_\_\_\_  
MADRE O PADRE/GUARDIÁN, FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA