

Historial de salud de paciente nuevo - Pediátrico 0-5 años

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Preocupaciones médicas actuales (de qué le gustaría hablar hoy): _____

¿Tiene inquietudes sobre la audición o visión de su hijo/a?: _____

Por favor, indique cualquier alergia que su hijo/a tenga a algún medicamento: _____

Por favor, enumere cualquier medicamento que su hijo/a esté tomando actualmente, incluyendo medicamentos de venta libre, suplementos o vitaminas:

¿Su hijo/a ha recibido alguna vacuna fuera de Oregón? En caso afirmativo, ¿dónde? _____

¿Su hijo/a ha estado alguna vez hospitalizado/a? Sí No En caso afirmativo, por favor explique:

Por favor, enumere todas las cirugías a las que se ha sometido su hijo/a: _____

Historial prenatal y del parto

¿Recibió la madre de este niño atención prenatal? Sí No No lo sé

Edad gestacional al nacer: ____ semanas Tipo de parto: Vaginal Cesárea

Describa cualquier complicación que haya ocurrido durante el embarazo o el parto: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Por favor, enumere las afecciones médicas que padecen los miembros de la familia de su hijo/a (si se conocen):

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Por favor, enumere cualquier problema o inquietud médica actual o pasada que haya tenido su hijo/a:

