

**COMPASSIONATE FAMILY MEDICINE**  
**FORMULARIO PEDIÁTRICO DE ADMISIÓN DE PACIENTES**

**¡Bienvenido a Compassionate Family Medicine!** Nos complace atender sus necesidades de atención médica y las de su familia. Para ayudar a nuestros proveedores y personal, imprima claramente y complete la información a continuación lo mejor que pueda.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Seguro Medico: \_\_\_\_\_ Dueño del seguro: \_\_\_\_\_

Numero de póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el dueño: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

**Acepto permitir que Compassionate Family Medicine envíe una factura por tratamiento (s) a mi compañía de seguros:**

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES:**

Nombre de la madre Dirección (si es diferente) Teléfono #

Nombre del padre Dirección (si es diferente) Teléfono #

**Si es diferente al anterior, enumere a continuación quién es el tutor legal de este niño / paciente:**

Nombre Relación Dirección (si es diferente) (\_\_\_\_) Teléfono #

Nombre Relación Dirección (si es diferente) (\_\_\_\_) Teléfono #

**Explique cualquier circunstancia especial relacionada con la custodia y las partes involucradas en la toma de decisiones médicas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anterior médico primario \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Nombre Dirección Teléfono#

Indique a continuación cualquier especialista que vea / haya visto, información de contacto si es posible:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA DE MANTENIMIENTO DE SALUD (Indique la fecha del último examen / prueba)**

Examen	Fecha	Examen	Fecha
Físico de Rutina		Examen Dental	
Prueba de plomo		Examen de la vista	

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**HISTORIA MEDICA PASADA Marque uno para cada casilla... Si o No**

Condición	S	N	Condición	S	N	Condición	S	N
TDAH			Fracturas			Escoliosis		
Alergias			Trastorno intestinal			Trastorno convulsivo		
Asma			Trastorno de la articulación			Trastorno tiroideo		
Acné			Riñón / Enfermedad urinaria			Enumere otros a continuación:		
Varicela			Enfermedad del hígado					
Infecciones del oído			Meningitis					
Problemas de desarrollo			Enfermedad mental					
Diabetes			Mononucleosis					
Eczema			Desorden Neurológico					
Enfermedad ocular			Reflujo					

Proporcione detalles adicionales con respecto a las afecciones anteriores en las que marcó "Si"

---



---



---



---

**Historia de Nacimiento**

A término \_\_\_ Prematuro \_\_\_ Numero de semanas \_\_\_ Tipo de parto \_\_\_\_\_

Complicaciones en el embarazo \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_ Complicaciones en el parto \_\_\_\_\_  
Ninguna \_\_\_

Ictericia - Si \_\_\_ No \_\_\_ Prueba de audición - Paso \_\_\_ Fallo \_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Longitud al nacer: \_\_\_\_\_

¿Recibió la vacuna contra la hepatitis B en el hospital? Si \_\_\_ No \_\_\_

**Alergias (incluir reacciones):**


---



---



---

**Medicamentos** (Incluye control de la natalidad, sin recetas como: vitaminas, suplementos y remedios a base de hierbas):

Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Razón de uso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cirugías**

Año \_\_\_\_\_ Procedimiento \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Hospitalizaciones**

Año \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_ Clínica (Nombre y dirección del lugar) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes personales**

Nivel escolar actual \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Necesidades especiales/Servicios \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

Actividades extra curriculares \_\_\_\_\_

Edad de inicio de los períodos menstruales \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

**Historia Familiar** Adoptado \_\_\_ Desconocida \_\_\_ Indique a continuación cualquier enfermedad médica pertinente en la familia del paciente.

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Hermano (s) \_\_\_\_\_ Hermana (s) \_\_\_\_\_

Abuelo paterno \_\_\_\_\_ Abuela materna \_\_\_\_\_

Abuelo materno \_\_\_\_\_ Abuela materna \_\_\_\_\_

Familiares adicionales: no mencionados anteriormente: \_\_\_\_\_

**Este formulario de admisión pediátrica se ha completado de la mejor manera posible.**

Firma de los padres o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_