

# INFORMACION DEL PACIENTE Y FAMILIA

Nombre (paciente)	Seguridad Social (paciente)	Nombre/s de Padre y Madre
-------------------	-----------------------------	---------------------------

## **SOLAMENTE BEBE RECIEN NACIDOS**

Prematuro?	Cuantas semanas de embarazo?	Peso al nacer
Problemas durante el nacimiento?		
Tiene asiento de bebe?	Donde lo puso el asiento?	Hospital? Grossmt / Alvarado / Otro

## **TODOS PACIENTES**

Hermanos/nas?	Poner las edades	Quien es el Dr?
Historia de enfermedades en la familia (ejemplo: abuelos, tios, hermanos, etc.)		
Estadias en hospital, operaciones cuando nacio?		
Alguna enfermedad en la nines como varicella, etc?		
Condiciones de la casa:	Child-proofed	Fuman    Mascotas    Pestes    Peeling paint
El padre esta envuelto en el cuidado del nino/na?		

## **QUEJA RECIENTE**

Porque esta su hijo/ja aqui ahora? Fecha de las ultimas enfermedades, duracion y sequencia de eventos	
Nombres de las medicinas, cantidad, duracion y para que condicion las toma el nino/nina?	
Es su hijo/hija alergico a medicamentos, vacunas o comida? Nombrar las alergias desde el nacimiento.	
Su hijo/ja tiene todas las vacunas? De mostrar la lista de vacunas (las formas de fisicos para la escuela, guarderia y deportes necesitan 72 horas de aviso).	