

Patient History

Por favor Complete lo más Mejor Posible. Circule todo lo que Aplique. Pregúntele al doctor si usted tiene preguntas o usted necesita la ayuda para rellenar las respuestas.

El Nombre de paciente		Apellido		La fecha de Nacimiento		
El nombre de Escuela		Ciudad	Grado	¿Guardería? Y N		
Mamá		Número del contacto		Papá		
Número del contacto		Número del contacto		Número del contacto		
NINO / NINA	Historia del nacimiento	El nombre de Hospital, la Dirección,			Vaginal / Cesario	
	La Historia prenatal	La edad de Madre	Numero de embarazos	No. de niños	Abortos o abortos	
	Problemas que la mamá tenía durante el Embarazo	Altapression Meds	Azúcar alta?	Infecciones	Medicaciones	Fume / Alcohol / Las drogas sí no
		VDRL neg / pos	HbsAg neg / pos	GBS neg / pos	Rubéola Imm Nonimm	Otro Problemas
LA HISTORIA FAMILIAR	Cualquier miembro de la familia del niño con	Enfermedad	de madre	El lado de madre - el abuela / abuelo etc	de Padre	El Lado de Padre - el abuela / abuelo etc
		del corazón				
		Diabetes				
		Altapression				
		Cáncer				
		Problemas del riñón				
		Convulsiones				
		Asma				
		Alergias				
		Otro				
	Los niños Vive con	La mamá / la mamá del paso / el Papá / el papá del paso / la Abuela / el Abuelo / Guardián / las hermanas / los hermanos / los primos		Adultos adicionales en Casa	Los Niños adicionales en Casa	
	Las vidas en	¿Apartamento? ¿Qué Suelo?		La sola Casa Familiar	La sola historia / Dos Historia	
	El Nombre de hermana	Edad	El Nombre de hermana	Edad	El Nombre de hermano	Edad
NINO / NINA	El pasado los Problemas de niño	Visitas ala sala de emergencia				
		Hospitalizaciones				
		Los Problemas crónicos				
		Los Problemas recurrentes				
	¿Bajo 40 Automóvil del lbs Siente? en trasero que Enfrenta Enfrentando	Asiento Adelante Al revés		¿40 - 60 lbs en el Propulsor del asiento trasero Sientan? Sí No	¿Encima de 60 LBS Asiento Cinturón? Sí No	
	Sueño Hábitos	El infante Duerme en Espalda? del Lado? stómago?	Las siestas Sí No	Los niños Duerme durante la Noche Sí No	¿Qué Asiento? menos 12y a tras enfrenta des pues	
	Fuego Seguridad	Detector de Humo activo	Sí No	Plan de la Evacuación en caso de incendio	Sí No	
	El Cuidado dental	Los dientes Sí No	Cepillando Sí No	Última Visita Dental [la Fecha]		
	¿Animales domésticos?	Sí No	Por favor liste el animal, numere, afuera o adentro.....			
	¿Los comentarios / las Preguntas?					