

**Chapel Hill Children & Adolescents' Clinic**  
**301 Kildaire Rd, Suite 200**  
**Chapel Hill, NC 27516**  
**(919) 967-0771 Fax (919) 967-9207**

**HISTORIAL MÉDICO**  
**1 FORMULARIO POR NIÑO**

FECHA: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE:

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

PATIENT NUMBER

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

HERMANO(S): \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELÉFONO DE CASA: ( ) \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELÉFONO DEL PACIENTE (Sí aplica): ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ NUM APT. \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_  Negar IDIOMA PREFERIDO: \_\_\_\_\_

ORIGEN ÉTNICO:  Hispano/Latino  indefinido  No soy Hispano/Latino  Negar

¿CÓMO ESCUCHÓ DE NOSOTROS?: \_\_\_\_\_

¿LE GUSTARÍA ELEGIR UN DOCTOR DE CABECERA EN NUESTRA OFICINA? SI ES ASÍ, FAVOR DE INDICAR CUAL DOCTOR DESEA ELEGIR: \_\_\_\_\_

\* ELIGIENDO UN DOCTOR DE CABECERA NO LIMITA SUS OPCIONES DE ELEGIR A VER CUALQUIER DOCTOR EN CUALQUIER MOMENTO, Y TAMBIÉN NO GARANTIZA QUE PODRÁ VER SU DOCTOR DE CABECERA PARA TODAS LAS CITAS. VISÍTAS DE ENFERMO Y HORAS ABIERTAS SERÁN CON EL DOCTOR DISPONIBLE. TODOS LOS ESFUERZOS PARA PROGRAMAR SU CITA CON SU DOCTOR PREFERIDO CUANDO SE HARÁN SEA POSÍBLE.

PEDIATRA ANTERIOR: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

HAY ALGUN OTRO DOCTOR INVOLUCRADO EN EL CUIDADO DE SU HIJO/A? SI ES ASÍ, FAVOR DE NOMBRARLO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PADRES/TUTOR LEGAL**

NOMBRE:	TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO DE TRABAJO:	SSN:
	( )	( )	( )	
	( )	( )	( )	
	( )	( )	( )	
	( )	( )	( )	

NOMBRE DE COMPAÑIA DE ASEGURANZA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE TITULAR DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA: (NOMBRE Y NUMERO DE TELÉFONO DE UN CERCANO QUE NO ES UNO DE LOS PADRES)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE COMPLETAR EL OTRO LADO**

Nombre de adulto completando el formulario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Nació a término el bebé? Si no, ¿cuántas semanas temprano/tarde llegó? \_\_\_\_\_

Vaginal  Cesárea  Admitieron al bebé en cuidado intensivo neonato? Sí No  
Si se aplica, ¿cuánto tiempo pasó en el UCIN/NICU? \_\_\_\_\_

¿Se fueron a casa el bebé y la mamá juntos? Sí No

¿Tuvo la mamá algún problema durante el embarazo? Sí No  
Explicación: \_\_\_\_\_

¿Usó la mamá alguna medicina durante el embarazo? Sí No  
Si se aplica ¿qué tipo de medicina usó?: \_\_\_\_\_

¿Usó la mamá alcohol/drogas durante el embarazo? Sí No  
Si aplica, ¿qué usó?: \_\_\_\_\_

¿Está su niño actualizado con las vacunas? Sí No No estoy seguro/a  
¿Dónde ha recibido vacunas su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Se le ha diagnosticado a su hijo/a algún problema médico? Sí No  
Si se aplica, favor de proveer el diagnóstico: \_\_\_\_\_

Favor de dar una explicación para cada respuesta afirmativa:

¿Ha sido hospitalizado su hijo/a desde su nacimiento? Sí No \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo/a cirugía? Sí No \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez su hijo/a un accidente grave? Sí No \_\_\_\_\_

¿Tiene **alergia** su hijo/a a cualquier medicina? Sí No \_\_\_\_\_

¿Tiene **alergia** su hijo/a a picadura de abejas o a cualquier comida? Sí No \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a toma medicamentos recetados regularmente? Sí No \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ve algún médico especial? (UNC/Duke/etc.)? Sí No \_\_\_\_\_

Su hijo tiene:

¿Problemas de desarrollo? Sí No \_\_\_\_\_

¿Asma? Sí No \_\_\_\_\_

¿Alergias de temporada? Sí No \_\_\_\_\_

¿Diabetes? Sí No \_\_\_\_\_

¿Problemas de visión? Sí No \_\_\_\_\_

¿Problemas de audición? Sí No \_\_\_\_\_

¿Soplo/problema cardíaco? Sí No \_\_\_\_\_

¿Infecciones de vesícula/ riñón? Sí No \_\_\_\_\_

¿Epilepsia/Convulsiones? Sí No \_\_\_\_\_

¿Abuso de drogas? Sí No \_\_\_\_\_

¿Problemas Gastrointestinales? Sí No \_\_\_\_\_

¿(Niñas) Ha comenzado su menstruación? Sí No \_\_\_\_\_

¿(Niñas) Problemas de menstruación? Sí No \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre cómo le va a su hijo/a en la escuela? Sí No \_\_\_\_\_