

STEEPLECHASE

PEDIATRIC CENTER

HISTORIAL DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____
 Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Cirugías: _____ Hospitalizaciones: _____
 Hermanos(as): _____
 Nombre de la madre: _____ Empleo: _____
 Nombre del padre: _____ Empleo: _____
 Estado civil de los padres: ☐ Casados ☐ Divorciados ☐ Solteros ☐ Viudo/a

ALLERGIAS (seleccione todas las que apliquen)

☐ Ninguna

Medicamentos

- ☐ Aspirina
- ☐ Penicilina
- ☐ Codeína
- ☐ Sulfa
- ☐ Otro(s): _____

Comidas

- ☐ Cacahuates
- ☐ Otra(s): _____

Otras

- ☐ Alergias Estacionales
- ☐ Animales: _____
- ☐ Insectos: _____
- ☐ Otra(s): _____

MEDICAMENTOS (que esta usando actualmente; seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Ninguno
- ☐ Sin Receta: _____
- ☐ Con Receta: _____
- ☐ Herbales: _____
- ☐ Vitaminas: _____
- ☐ Anticonceptivos Orales: _____
- ☐ Otro(s): _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

- ☐ Ninguno
- ☐ Ansiedad
- ☐ Asma
- ☐ Cancer
- ☐ Desorden Hiperactivo y Deficit de Atencion (ADHD)
- ☐ Otro Problema Medico Cronico: _____
- ☐ Desorden Sanguineo
- ☐ Reflujo Urinario
- ☐ Convulsiones
- ☐ Presion Alta
- ☐ Anomalia Congenital
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsia
- ☐ Enfermedad del Corazon
- ☐ Mareos/Desmallos
- ☐ Dolores de Cabeza
- ☐ Anemia
- ☐ SIDA/VIH/ Enfermedad de Transmisión Sexual (STD)
- ☐ Problemas Gastrointestinales
- ☐ Enfermedad Mental

HISTORIAL SOCIAL DEL PACIENTE

- ☐ Uso de Drogas/Alcohol
- ☐ Fuma
- ☐ Activo/a Sexualmente
- ☐ Adoptado/a
- ☐ El/La niño/a va a guarderia
- ☐ Tiene mascotas
- ☐ Ha tenido contacto con moho
- ☐ Algun Familiar Fuma
- Cuantos viven en casa? _____

HISTORIAL DE FAMILIA (Ejemplos: Alcoholismo, Desorden Sanguineo, Enfermedad Mental, Tuberculosis, Asma, Convulsiones, Anemia, Cancer, Enfermedad del Corazon, Migrañas, Muerte Repentina, Presion Alta, Alergias, etc.) *Por favor anote cualquiera de los ejemplos de arriba. No ponga nombres.*

Padre: _____
 Madre: _____
 Abuelo Paternal: _____
 Abuela Paternal: _____
 Abuelo Maternal: _____
 Abuela Maternal: _____