

Historia Pediátrica

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Nombre _____ Sexo _____

Date
Scanned by
Loc
Physician
ICS/Next Gen

HISTORIA MEDICA

General

- No hay problemas
- Cualquier historia de trauma _____
- Síndromas _____
- Desarrollo atrasado
- Otros problemas médicos _____
- Doctor primario _____
- Discapacidad auditiva

Prematuridad

- Sangre en la el cerebro _____
- Problemas crónicos de los pulmones _____
- Complicaciones con la retina por la prematuridad _____

Cirugías anteriores

- Cuantos y de que tipo _____

Cardiovascular

- No hay problemas
- Enfermedad del corazón
- Cirugía requerida _____
- Soplo cardíaco
- Problemas del corazón
- Presión alta

Respiratorio

- No hay problemas
- Asma
- Problemas respiratorios
- Tuberculosis

Genital, Riñones, Vejiga

- No hay problemas
- Enfermedad de riñones
- Enfermedad hepática, hepatitis, ictericia

Músculos, Huesos, Articulaciones

- No hay problemas
- Artritis
- Artritis juvenil
- Debilidad de músculos o paresia
- Daño del cuello o la espalda

Piel

- No hay problemas
- Enfermedad de la piel _____

Neuroológico

- No hay problemas
- Parálisis cerebral
- Irregularidades de cromosomas _____
- Mareos
- Frecuente dolor de cabeza
- Hidrocefalia
- Encierro prematuro de costuras
- Convulsiones derrame cerebral
- Ataque

Psiquiátrico

- No hay problemas
- General _____

Endocrino

- No hay problemas
- Diabetes - cuantos años _____
 - Controlado
 - No controlado
 - Última prueba de pinchazo en el dedo _____

Problemas de la tiroides

Medicamentos

- No hay problemas
- Alergias de medicinas _____
- Medicinas del presente, favor de listar _____

HISTORIA DE NACIMIENTO

- No hay problemas
- Peso por el nacimiento _____
- Término entero
- Prematuro
- _____ Semanas/meses prematuro
- Complicaciones durante el embarazo _____
- Complicaciones durante el parto _____
- Abuso maternal de drogas o alcohol

HISTORIA OPTICAL

- No hay problemas
- Problemas viendo colores
- Ceguera nocturna o dificultad con luces bajas
- Tendencia de cerrar un ojo por la luz del sol
- Visión doble
- Ojos cansados mientras esta leyendo
- Emparchamiento del ojo en el pasado
- Ejercicios anteriores del ojo
- Cirugías anteriores del ojo _____

HISTORIA FAMILIAR

- No hay problemas
- Relacion**
- _____ Ojos cruzados (estrabismo)
- _____ Ojos perezosos
- _____ Cataratas de la niñez
- _____ Glaucoma de la niñez
- _____ Ceguera de la niñez
- _____ Ceguera de los colores
- _____ Lentes
- _____ Deshabilidad con el aprendizaje
- _____ Enfermedad del corazón
- _____ Presión alta
- _____ Diabetes
- _____ Enfermedad mental
- _____ Cáncer
- _____ Glaucoma

HISTORIA SOCIAL

- | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza mientras esta leyendo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evitar el trabajo cercano |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Actividades de lectura son difíciles |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas viendo el pizarrón de la clase |

Forma repasado y no hay cambios por Paciente/Padre/Guardian _____ Fecha _____
No hay cambio de forma - Firma del Medico _____ Fecha _____

Consentimiento de Historia de Medicina

Por nuestro Sistema Electrónico de Registro de Salud, podemos descargar la historia de medicinas que ha tenido llenadas en las farmacias participantes sobre el año anterior. Seriamos complacidos con proporcionarle ese servicio, si usted y su doctor desean. Este servicio expiraría después de tres años.

Doy permiso para descargar mi historial de medicina con prescripción. Si No
Firma del Paciente _____ Fecha _____

Farmacia preferida

Nombre _____
Dirección o Intersección Cercana _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Firma de Paciente/Padre/Guardian _____ Fecha _____
Firma del Médico _____ Fecha _____