

Médico: _____

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____			
NOMBRE DEL PACIENTE:		Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	
Adulto acompañante:		Vínculo con el paciente:	
MÉDICO QUE DERIVA:			
MOTIVO DE LA VISITA:			
HISTORIA CLÍNICA PRENATAL/DE NACIMIENTO/INFANCIA:			
Peso al nacer ____ lb ____ oz Altura ____ in			
¿El bebé nació dentro de las 2 semanas de la fecha prevista? No Sí Si no fue así, ¿cuántas semanas antes?			
¿Ha tomado medicamentos durante el embarazo? No Sí Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de medicamentos?			
Consumo de Tabaco: No Sí		Consumo de Alcohol: No Sí	
Parto (marque con un círculo si corresponde):	Parto natural/Normal	Parto asistido: se necesitaron fórceps/ventosa obstétrica	Cesárea
¿El hospital estuvo más tiempo en el hospital que la madre? No Sí Si así fue, ¿por qué motivo? _____			
Otros problemas en el período neonatal (ictericia, alimentación, respiración, infección, bajo nivel de azúcar en sangre)			
HISTORIA CLÍNICA:			
¿Su hijo ha estado internado alguna vez? (si su respuesta es afirmativa, mencione a qué edad y cuál fue el motivo)			No Sí
¿Su hijo se ha sometido a alguna cirugía ambulatoria? (Si su respuesta es afirmativa mencione a qué edad y los motivos)			No Sí
¿Su hijo toma algún medicamento? (Si su respuesta es afirmativa, indique el año que comenzó a tomarlo y la dosis)			No Sí
¿Tiene algún otro problema de salud, incluso problemas de comportamiento (por ejemplo trastorno por déficit de atención con hiperactividad - ADD)?			No Sí
hijo ha recibido medicamentos con esteroides o para ADD en el pasado?			No Sí

Identificación del Paciente
Si la etiqueta no está disponible, complete:

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____ Historia Clínica N.º _____

Para Uso exclusivo del Consultorio

Intenté que el paciente (o el representante) firmaran este Reconocimiento, pero no lo hicieron, debido a que:

- Fue un tratamiento de urgencia
- No me pude comunicar con el paciente
- El paciente se negó a firmar
- El paciente no pudo firmar porque
- Otro (indique la razón)

Firma _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:		Detalles
Fiebre, fatiga, siente mucho calor o mucho frío la mayor parte del tiempo	No Sí	
Pérdida de peso, aumento de peso, mucha sed	No Sí	
Ojos / visión (visión borrosa o doble, lagrimeo, hinchazón)	No Sí	
Oídos, nariz, boca, garganta (hinchazón, sensibilidad, dificultad para tragar, incapaz de detectar olores, ronquidos, infecciones de oído frecuentes, problemas de audición)	No Sí	
Corazón (dolor de pecho, palpitaciones)	No Sí	
Pulmones (dificultad respiratoria, tos)	No Sí	
Digestión (estreñimiento, diarrea, dolor abdominal, vómitos)	No Sí	
Sistema urinario (dolor al orinar, micción frecuente, enuresis nocturna)	No Sí	
Músculos, articulaciones (dolores, calambres, dolor al caminar)	No Sí	
Piel, uñas y cabello (sequedad, uñas quebradizas, pérdida de cabello)	No Sí	
Neurológico (Dolor de cabeza, entumecimiento, debilidad, mareos)	No Sí	
Emocional (Depresión, desórdenes del sueño, dificultad para concentrarse, ansiedad)	No Sí	
Reproductivo (cambio en el ciclo menstrual, olores corporales, vello púbico/axilar temprano, edad de la primera menstruación y fecha de la última, si corresponde)	No Sí	
DESARROLLO:		
A qué edad su hijo		
Caminó:	Dijo más de 3 palabras:	Aprendió a ir al baño:
¿Qué año cursa su hijo actualmente?		
¿Su hijo tiene problemas con el estudio o las notas?		No Sí
En caso afirmativo, describa:		
¿Su hijo asiste a clases especiales?		No Sí
¿Su hijo toma clases en el hogar?		No Sí

Identificación del Paciente
Si la etiqueta no está disponible, complete:

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____ Historia Clínica N.º _____

Para Uso exclusivo del Consultorio
Intenté que el paciente (o el representante) firmaran este Reconocimiento, pero no lo hicieron, debido a que:
___ Fue un tratamiento de urgencia
___ No me pude comunicar con el paciente
___ El paciente se negó a firmar
___ El paciente no pudo firmar porque
___ Otro (indique la razón)
Firma _____