CHILDREN'S NATIONAL
DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA
INFORMACIÓN PERSONAL DE NUEVO PACIENTE

(Favor de llenar ambos lados de la hoja y désela a la enfermera durante la cita)

Fecha de hoy:_____

DATOS PERSONALES:

Nombre del paciente:_____**Nombre de la persona llenando la hoja:**_____
Fecha de nacimiento:_____ **Parentesco al paciente:**_____
Edad:_____ **Sexo:**_____

¿Cuál es el problema principal de su niño?_____
_____

Describa los síntomas y la duración:_____
_____

Otras preocupaciones:_____
_____
_____

HISTORIAL MÉDICO DEL PASADO:

Nacimiento:

Peso al nacer: _____Término completo: Sí ___ No ___ (si no, # de semanas)_____
¿Algún problema durante el embarazo? Sí ____ No ____ parto Sí ____ No ____
¿Su niño evacuó del cuerpo heces verdes en las primeras 24 horas de nacido? Sí ____ No ____
¿Ictericia (decoloración amarillenta)? Sí ____ No ____
¿Dificultad para respirar? Sí ___ No ___
¿Su niño y usted se fueron a casa juntos? Sí ___ No ___ (si no cuantas semanas antes de que los dieran de alta) ____

Escriba en orden las hospitalizaciones en el pasado:

Edad	Problema	Nombre del hospital	Fechas en el hospital

(Si más de 3, favor de escribir cuantas hospitalizaciones) _____

Escriba las cirugías que tuvo en el pasado
_____
_____

Transfusiones de sangre Sí_____ **No**_____ **Las vacunas están al día Sí**_____ **No**

Alguna condición cardiaca que se conozca (ejemplo: soplo)_____

ESCRIBA LAS ALERGIAS:

Medicamentos_____

Comidas_____

Inhaladas/temporales_____

ALIMENTACIÓN/DIETA (cantidad y qué tan seguido):_____
_____
_____

ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS QUE ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO:

Nombre del medicamento	Cuanto y que tan seguido	Fecha que comenzó a tomarlo

REVISIÓN SISTÉMICA

❑**Diabetes** ❑ **Retraso en el desarrollo** ❑**Asma** ❑**Autismo** ❑***ADHD*** ❑**Otro**

(Favor de marcar si corresponde)

General		Mal aliento		Soplo en el corazón		**Coyunturas**	
Fiebre		Ulceras bocales/dolor de garganta		Mala tolerancia al ejercicio		Dolor de coyunturas	
Cansancio		Pérdida de peso/mal aumento de peso		Palpitaciones		Rigidez de las coyunturas	
Palidez		Yagas alrededor del ano		**Otorrinolarin-gología**		Escoliosis	
GI		Hemorroides		Dolor de oído/infección de oídos		**Neurológico**	
Vómitos/Náuseas		**Hígado**		Escurrimiento nasal		Dolores de cabeza	
Dolor abdominal		Ictericia/decoloración amarillenta		Problemas de los senos paranasales		Convulsiones	
Flatulencia/abdomen distendido		Dolor del cuadrante superior derecho		Problemas de audición		Migrañas	
Diarrea		**Respiratorio**		**Ojos**		Retraso en el desarrollo	
Estreñimiento		Dolor de pecho		Problemas de la vista		Uso de sillas de ruedas	
Manchar el calzón		Sibilancias/tos		Dolor de ojos		Dificultad de aprendizaje	
Sangre en el heces		Dificultad para respirar		**Piel**		Válvula de desviación	
Heces negras		Ahogamiento/jadeo		Eccema		**PUBERTAD**	
Heces blancas		**Cardiaco**		Ronchas		Cabello púbico	
Mal apetito/rechazo a la comida		Azulado/Pálido		Picazón		Menstruación	

HISTORIAL FAMILIAR

Escriba los nombre de las personas que viven con el niño. Incluyendo a los padres, hermanos(as), etc.	**Parentesco al niño**	**Edad**	**Sexo**	**Escriba los problemas médicos (incluyendo alergias, migrañas, gastrointestinales & otros)**	**Ocupación o grado**

HISTORIAL SOCIAL:

Nombre del **tutor legal** del niño **(Si corresponde)**:_____

¿Exposición a agua de pozo o de manantial?_____¿Ha viajado fuera del país?_____

¿Exposición al humo del tabaco?_____ ¿Hay mascotas?_____

¿En que grado está su niño? _____ Nombre de la escuela:_____

_____

El desempeño de su niño en la escuela está:_____ excelente, _____ bien, ___ más o menos, ___ mal

OTRAS COSAS RELEVANTES:

Escriba las pruebas o estudios que se hayan realizado: (incluyendo pruebas de sangre, de orina, de heces y radiografías/ecografías (ultrasonidos)_____
_____
_____

Doctor/Nurse Practitioner's Signature:_____
(Firma del médico o enfermero(a) especializado (practicante))