



FECHA: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____ MÉDICO PRIMARIA: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ MÉDICO DE REFERENCIA: _____
 LA ESCUELA A LA QUE ASISTE: _____ Localizado en (por favor encierre en un círculo): DC MD VA

Motivo de la visita de hoy: _____
 Describa el problema: _____

HISTORIAL MÉDICO (por favor indique cualquier problema médico)

HOSPITALIZACIONES

Edad	Problema	Fechas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HISTORIAL QUIRÚRGICO (por favor indique cualquier cirugía(as) anterior(es) incluyendo las fechas)

MEDICAMENTOS Ninguno

Nombre del Medicamento	Dosis (cantidad)	Frecuencia (con qué frecuencia)	Programado	Cuando sea necesario
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIAS Ninguna

Sustancia	Reacción	Severidad (por favor encierre en un círculo		
_____	_____	Leve	Moderado	Severo
_____	_____	Leve	Moderado	Severo
_____	_____	Leve	Moderado	Severo

INMUNIZACIONES Al día: Sí No



-OHF-

HISTORIAL DE NACIMIENTO

Termino Completo SÍ NO
 Si es prematuro, nació a las (semanas) _____
 Complicaciones de Embarazo SÍ NO
 Explique: _____
 Complicaciones de Parto SÍ NO
 Explique: _____
 Peso de Nacimiento: _____

Historial del Desarrollo

Retrasos Motrices SÍ NO
 Retrasos del Habla SÍ NO
 Edad cuando comenzó a caminar: _____
 Para Pacientes Mujeres:
 Edad de la primera menstruación:

 Fecha de la menstruación más reciente:

HISTORIAL SOCIAL

Se fuma en el hogar SÍ NO
 Hay alcohol en el hogar SÍ NO
 Vive con un tutor legal SÍ NO

Historial Familiar

Por favor anote cualquier trastorno familiar

historial médico	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Tía	Tío	Prima/Primo

REPASO DE LOS SISTEMAS (Por favor marque cualquier síntoma que usted a tenido recientemente) **TODOS SON NEGATIVOS**

Constitucional	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> escalofríos <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> pérdida de peso inesperado <input type="checkbox"/> otro:
Ojos	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> vista borrosa <input type="checkbox"/> visión doble <input type="checkbox"/> secreción <input type="checkbox"/> ojo enrojecido <input type="checkbox"/> otro:
Oídos/Nariz	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dificultad al tragar <input type="checkbox"/> hemorragias nasales <input type="checkbox"/> dolores de oídos <input type="checkbox"/> otro:
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> palpitaciones <input type="checkbox"/> desmayos <input type="checkbox"/> otro:
Respiratorio	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> ronquido <input type="checkbox"/> dificultad para respirar en reposo <input type="checkbox"/> dificultad para respirar con actividad <input type="checkbox"/> dificultad para respirar <input type="checkbox"/> otro:
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> acidez <input type="checkbox"/> otro:
Genitourinario	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> enuresis <input type="checkbox"/> orina sanguinolenta <input type="checkbox"/> frecuencia <input type="checkbox"/> incontinencia <input type="checkbox"/> urgencia <input type="checkbox"/> otro:
Musculo esquelético	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dolor de las articulaciones <input type="checkbox"/> hinchazón las articulaciones <input type="checkbox"/> inestabilidad las articulaciones <input type="checkbox"/> rigidez <input type="checkbox"/> dolor de espalda <input type="checkbox"/> otro:
Piel	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> rojez <input type="checkbox"/> cambio del color de piel <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> roncha <input type="checkbox"/> úlceras/lesiones <input type="checkbox"/> otro:
Neurológico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dolor de cabeza <input type="checkbox"/> confusión/desorientación <input type="checkbox"/> mareos <input type="checkbox"/> adormecimiento <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> otro:
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> nerviosismo <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> alucinaciones <input type="checkbox"/> otro:
Hematológico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> moretones con facilidad <input type="checkbox"/> sangrados excesivos <input type="checkbox"/> otro
Endocrino	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> sed aumentada <input type="checkbox"/> intolerancia al calor/frío <input type="checkbox"/> otro:
Alérgico/Inmunológico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> reacción a la comida <input type="checkbox"/> alergias ambientales <input type="checkbox"/> infecciones múltiples <input type="checkbox"/> otro:



Nombre de la persona completando este formulario: _____
 Relación al paciente: _____
 Fecha & Hora completada: _____