

CHILDREN'S NATIONAL

Ortopedia y medicina deportiva pediátrica

Formulario de historial médico de paciente nuevo

Nombre del paciente _____ fecha de hoy _____

Fecha de nacimiento _____ edad _____ grado _____ escuela _____

Deportes _____

Médico referente _____ No hay médico referente

Doctor primario _____

Tutor legal _____ ¿con quién vive el niño? _____

¿Cual es la razón por la cita de hoy? _____

¿Cuando comenzó el problema por primera vez? _____

¿Se realizó alguna evaluación en el pasado para este problema? :

Vistas médicas No Sí (nombre y fecha) _____

Radiografías No Sí (dónde y fecha) _____

TC No Sí (dónde y fecha) _____

IRM No Sí (dónde y fecha) _____

Ultrasonido No Sí (dónde y fecha) _____

Pruebas de lab No Sí (dónde y fecha) _____

Otros estudios No Sí (dónde y fecha) _____

¿Algún previo tratamiento para este problema? :

Terapia física No Sí (dónde y fecha) _____

Cirugía No Sí (dónde y fecha) _____

Aparatos ortopédicos No Sí (dónde y fecha) _____

Otros tratamientos No Sí (dónde y fecha) _____

HISTORIAL MÉDICO

Escriba los problemas médicos del pasado _____

Escriba las cirugías en el pasado, fracturas y hospitalizaciones _____

Escriba cualquier alergia a las medicinas, comidas, cintas, látex y otras y la reacción que le causa _____

Escriba los medicamentos que esté tomando _____

Escriba los problemas médicos en la familia (por ejemplo: artritis, enfermedades del corazón, diabetes)

Alguien en la familia:

Fuma No Sí (quién) _____

Usa drogas o alcohol No Sí (quién) _____

Tiene problemas emocionales No Sí (quién) _____

FAVOR DE LLENAR LA PÁGINA 2

Historial del parto

¿Tuvo algún problema durante el embarazo? No Sí _____

¿Algún problema durante el parto? No Sí _____

Peso de recién nacido _____ edad cuando el bebé dio vueltas por primera vez _____ se sentó
_____ caminó _____

Repaso de los sistemas

Favor de marcar la caja apropiada (ahora tiene, tuvo, o nunca tuvo) referente a estos síntomas:

	<u>Actualmente tiene</u>	<u>Tuvo</u>	<u>Nunca tuvo/ha tenido</u>
Fiebre/Escalofrío			
Pérdida de peso			
Resfrío reciente/enfermedades			
Problemas con la vista			
Problemas del oído			
Problemas nasales			
Problemas de la boca o garganta			
Soplo en el corazón			
Dolor de pecho			
Desmayos			
Asma			
Problemas pulmonares o respiratorios			
Problemas estomacales			
Diarrea			
Enfermedades renales			
Enfermedades del hígado			
Problemas urinarios			
Problemas de la piel/ronchas			
Frecuentes dolores de cabeza			
Convulsiones			
Conmociones cerebrales			
Problemas neurológicos			
Problemas psiquiátricos			
Trastornos de hemorragias			
Problemas de sangre			
Anemia drepanocítica			
Alergias			
Inflamación de las coyunturas			
Problemas autoinmunes			
Ronchas/fiebres inexplicadas			

Pacientes femeninos:

Edad que comenzó el periodo menstrual _____

Cuantos periodos menstruales al año _____ Regulares o irregulares _____

¿Ha dejado de tener periodos menstruales por más de 3 meses a la vez? No Sí