

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 ¿Estado marital de la familia?  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Otro \_\_\_\_\_  
 Si está divorciado, ¿Quién tiene custodia? \_\_\_\_\_ ¿Derechos de visita? \_\_\_\_\_  
 ¿Alguien más vive en casa? \_\_\_\_\_  
 ¿Alguien fuma en casa?  Sí  No ¿Sí, quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Hay mascotas en casa?  Sí  No ¿Sí, qué tipo? \_\_\_\_\_

**Hermanos/as del Paciente:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Historial Médico Previo:**

Alguna complicación o problema en el parto:  Sí  No \_\_\_\_\_  
 Hospitalizaciones/Cirugías (Incluya Razón y Fecha/Edad): \_\_\_\_\_  
 Heridas Graves/Accidentes (Incluya Tipo y Fecha/Edad): \_\_\_\_\_  
 Transfusión(es) de sangre:  Sí  No (Razón/Fecha o Edad) \_\_\_\_\_  
 Médico Anterior/Clinica: \_\_\_\_\_ Ya pidió el historial médico:  Sí  No  
 Tiene copia del registro de vacunas:  Sí  No Enfermedad de la Varicela:  Sí  No Fecha/Edad: \_\_\_\_\_  
 Alergias: (Medicamentos/Ambiente/Comidas) \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 o más infecciones de oído     | <input type="checkbox"/> Convulsiones                | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                       |
| <input type="checkbox"/> 3 o más infecciones de garganta | <input type="checkbox"/> Sinusitis                   | <input type="checkbox"/> Problemas Mentales/Emocionales |
| <input type="checkbox"/> Asma/Silbido                    | <input type="checkbox"/> Dolores de Estómago         | <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento                   | <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista       | <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo       |
| <input type="checkbox"/> Eczema                          | <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos         | <input type="checkbox"/> Otros: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza               | <input type="checkbox"/> Dificultades de Aprendizaje | _____   |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de Vejiga/Riñon     | <input type="checkbox"/> Problemas en la Escuela     | _____   |

**Historial Familiar:** Registre los parientes del paciente con los siguientes problemas: (M) Madre (F) Padre (S) Hermana (B) Hermano (MGM) Madre de Mamá (MGF) Padre de Mamá (PGM) Madre de Papá (PGF) Padre de Papá (A) Tía (U) Tío (C) Primo

- |                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| _____ ADD/ADHD                   | _____ Enfermedad Celíaca                       | _____ Enfermedad Muscular                      |
| _____ Alcoholismo                | _____ Enfermedad Coronaria                     | _____ Trastornos Neurológicos                  |
| _____ Alergias                   | _____ Crohn                                    | _____ Otras enfermedades                       |
| _____ Complicaciones Anestésicas | _____ Fibrosis Quística                        | _____ Gastrointestinales                       |
| _____ Artritis                   | _____ Sordera                                  | _____ Otras enfermedades                       |
| _____ Asma                       | _____ Depresión                                | _____ Mentales                                 |
| _____ Ansiedad                   | _____ Retraso en el Desarrollo                 | _____ Atención Psiquiátrica                    |
| _____ Enfermedad Autoinmune      | _____ Diabetes                                 | _____ Convulsiones                             |
| _____ Ceguera                    | _____ Dependencia a drogas                     | _____ Derrame Cerebral                         |
| _____ Desorden sanguíneo         | _____ GERD (Reflujo)                           | _____ Trastorno de la Tiroides                 |
| _____ Cancer – Mama              | _____ Trastorno del Desarrollo del Crecimiento | _____ Tuberculosis                             |
| _____ Cancer – Cervical          | _____ Enfermedad del Corazón                   | _____ Colitis Ulcerativa                       |
| _____ Cancer – Colon             | _____ Colesterol Alto                          | _____ Trastorno Alimenticio                    |
| _____ Cancer – Pulmón            | _____ Hipertensión (Presión Alta)              | _____ Otro: (Registrar Familiar y Diagnóstico) |
| _____ Cancer – Ovárico           | _____ IBS (Irritación Intestinal)              | _____  |
| _____ Cancer – Melanoma (Piel)   | _____ Enfermedad Renal                         | _____  |
| _____ Cancer – Uterino           | _____ Dificultades de Aprendizaje              | _____  |
| _____ Cancer – Otro              | _____ Migrañas                                 | _____  |

**Pacientes Mayores de un Mes de Edad**