



## Historia Medica

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Cual es la razon para la visita de hoy:**  Chequeo General  Vacunas  Fisico de Escuela  Fisico de Deporte  
 Asma  Problema de Desarrollo  Enfermedad: \_\_\_\_\_

**Nombre del Doctor Previo del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Domicilio del Doctor:** \_\_\_\_\_ **# de Telefono:** \_\_\_\_\_

**Farmacia:** (Nombre, Domicilio, # de Telefono) \_\_\_\_\_

**Alergias:**  Penicilina  Huevos  Leche  Mariscos  Aves  Latex  Animales: \_\_\_\_\_  
 Alergenes del Interior  Cacahuates  Alergenes al Aire Libre  Otra \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento(s) el paciente? Por favor liste: \_\_\_\_\_

### **Historia Medica Previa del Paciente:**

Hospitalizaciones (Razon, Ano): \_\_\_\_\_  Cirugias (Razon, Ano): \_\_\_\_\_  
 Varicella (Edad): \_\_\_\_\_  Asma (Ano): \_\_\_\_\_  
 Problemas de Corazon (Edad): \_\_\_\_\_  Anemia (Edad): \_\_\_\_\_

### **Historia Medica de Familia:**

Alergias Nasales \_\_\_\_\_  Asma/Enfermedad de Pulmones \_\_\_\_\_  Tuberculosis \_\_\_\_\_  
 Enfermedades Relacionadas al Corazon \_\_\_\_\_  Alta Presion de Sangre \_\_\_\_\_  
 Colesterol Alta: \_\_\_\_\_  Diabetis \_\_\_\_\_  Cancer \_\_\_\_\_  Anemia \_\_\_\_\_  
 Problemas de desarrollo o retraso mental \_\_\_\_\_  Enfermedad psicologica: \_\_\_\_\_

### **Historia Social** (*Esta informacion es confidencial y es para dar el mejor tratamiento para el paciente*)

Fumadores en casa (especifique quien): \_\_\_\_\_  Animales Domesticos (especifique) \_\_\_\_\_

### **Informacion de Nacimiento:**

Edad Gestacional:

Termino Completo  36 Semanas  35 Semanas  34 Semanas  33 Semanas  32 Semanas  31 Semanas

**Tipo de Parto:**  Normal (Vaginal)  Cesaria **Alimentacion:**  Formula  Lactancia Materna  Ambos

**Medidas de Nacimiento: Peso:** \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Oz **Longitud:** \_\_\_\_\_ pulgadas

Alguna complicacion con el embarazo para este paciente? \_\_\_\_\_

Al mejor conocimiento mio, la informacion de arriba esta completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi doctor si el paciente tiene un cambio en esta informacion.

## Historia Medica Cont.

Esta tomando medicamentos, vitaminas, o suplementos herbales (especifique)\_\_\_\_\_

Estrenimiento  Infeccion de rinon o la vejiga  Problemas con los oido(especifique)\_\_\_\_\_

Problemas de la piel cronica (acne, eczema, etc.)\_\_\_\_\_

Problemas de tiroides  Problemas ortopedicos (especifique)\_\_\_\_\_

Condiciones de los ojos;/entes correctores (especifique)\_\_\_\_\_  Periodo menstrual (edad)\_\_\_\_\_

Problemas con el periodo menstrual (especifique)\_\_\_\_\_

Otros problemas sobre la salud significativa\_\_\_\_\_

### **Historia Social:**

Hermanos/Hermanas (cuantos)\_\_\_\_\_

Hay armas en de fuego en la casa (si hay, estan en un lugar seguro, y separado de la municion)\_\_\_\_\_

### **Historia de Recien Nacido:**

Resucitacion en el parto  Hypoglycemia  Hipotermia  Laboratoris de deteccion sepsis  Ictericia

Bilirubina transcutanea  Circuncision  Eliminacion retardad del meconio  Murmullo

Problemas Respiratorios (especifique)\_\_\_\_\_  Oxigeno  Apnea

Ventilacion Asistida  Ultraconido de la cabeza  Examen oftalmologico

### **Historia Materna Perinatal:**

Concepcion fue asistida  Embarazo de alto riesgo  Amniocentesis/CVS  Absencia de atencion prenatal

Uso de alcohol  Uso de drogas (especifique)\_\_\_\_\_  Induccion de parto

Problemas con el feto (especifique)\_\_\_\_\_

Antibioticos o medicamentos durante el parto (especifique)\_\_\_\_\_