

Best Kids Care

Historia Pediátrica de la Salud

Fecha: _____

La salud de su hijo es de suma importancia para nosotros. Por favor, llene este formulario lo más completo y preciso como sea posible. Si no está seguro de cómo responder a un cierto tema, sólo circule el tema y estaremos encantados de discutirlo con usted. Toda la información se tratará de manera confidencial.

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Age: _____ M ___ F ___

Escuela del Niño(a): _____ Año: _____

Medico Anterior: _____ Teléfono _____ Ciudad/Estado: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS	
Sustancia	Reacción	Nombre del Medicamento	Dosis

HISTORIA MEDICA

Por favor verifique si el niño tiene alguna de las siguientes:					
Anemia	CARDIOVASCULAR	GASTRONINTESTITNAL	MÚSCULO / HUESO /ARTICULACION	NARIZ / GARGANTA / PECHO	
Asma	Murmullos	Falta de Apetito	Huesos Rotos	Dificultad para Respirar	
Bronquitis	Dolor en el Pecho	Heces con Sangre/Oscuro	Torcedura	Dificultad para Pasar	
Varicela	Latido Irregular del Corazón	Estreñimiento	Problemas de Coordinación	Frecuente Resfriados	
Hepatitis	OJOS	Diarrea	Problemas de Postura	Ronquera	
Sarampión	Cruzados o Desalineados	Hambre Excesiva	Dolor, Debilidad o Hinchazón	Respiración Bucal	
Rubéola	Irritación de Ojo	Sed Excesiva	GENERAL	Hemorragias Nasales	
Paperas	Problemas de Visión	Náusea	Escalofríos	Tos Persistente	
Fiebre Reumática	AUDICION / LENGUAJE	Sangrado Rectal	Depresión	Sinusitis	
Neumonía	Dificultad al Escuchar	Dolores de Estómago	Mareo	Dolor de Garganta	
Tos Ferina	Dolores de Oído	Vómitos	Desmayo	Faringitis Estreptocócica	
Virus Sincitial Respiratorio	Infecciones del Oído	Lombrices	Olvido	Infecciones de Amígdalas	
DENTAL	Problemas del Habla	GENTOURINARIO	Dolores de Cabeza	Resollar	
Encías Sangrantes	Otro:	Mojar la Cama	Pérdida de Sueño	PIEL	
Rechinar los Dientes		Sangre en la Orina	Cambios de Humor	Moretones con Facilidad	
Sensibilidad		Dermatitis del Pañal, Persistente	Nerviosismo	Cambio en Lunares	
Chuparse el Dedo		Descarga (Vagina / Pene)	Entumecimiento	Urticaria	
Ultimo Chequeo Dental:		Necesidad Frecuente de Orinar	Sudación	Erupción	
Cepillar, con qué Frecuencia?		Dolor al Orinar	Cansancio	Cicatrices	
Hilo Dental, con qué Frecuencia?		Olor Inusual de la Orina	Pérdida/Ganancia de Peso	Heridas que no Sanan	
HOSPITALIZACIONES			LESIONES		
RAZÓN	FECHA	HOSPITAL, CIUDAD, ESTADO	LESIONES/ENFERMEDADES GRAVES	FECHA	RESULTADO