

CHILDREN'S PHYSICIAN'S PEDIATRIC PATIENT HISTORY

FECHA: _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Por favor marque SI o NO, explique adonde requerido. N/A= no aplicado

Nombre del medico anterior Dr. _____ Hospital de Nacimiento: _____

Embarazo & Nacimiento-
 Edad de madre al embarazo: _____ NO SI

Enfermedades durante embarazo? _____
 Medicamentos durante embarazo? _____
 (excluyendo vitaminas o hierro) _____
 Durante embarazo, uvieron:
 Fumando: _____
 Alcohol: _____
 Drogas: _____

Historial familiar: Lista todas familiares de sangre que tengan los problemas siguiente-
 usen abreviaciones (P) Padre: (M) Madre:
 (H) Hermano: (HA) Hermana: (ABLA) Abuela:
 (ABLO) Abuelo: (ABLAP) Abuela Padre: (ABLOP)
 Abuelo Padre: (Ta) Tio: (Ta) Tia: (Pro) Primo:
 (Pra) Prima.

El bebe nacio temprano? _____
 Tipo de parto _____ Peso: _____ Estatura: _____
 Complicaciones? _____
 Problemas con el bebe al nacer? _____
 Respirando _____
 Bilirubina alta _____
 Otra: _____

Anemia _____
 Asthma _____
 Retardacion Mental _____
 Problemas de Drogas _____
 Alcohol _____
 Cancer _____
 HIV/SIDA _____
 Fibromas Cysticos _____
 Dystrofia Muscular _____
 Tuberculosis _____
 Artritis _____

Historial Medica
 Alergias o reacciones:
 Medicinas _____
 Comidas _____
 Animales _____
 Insectos _____

Epilepsia/Convulsiones _____
 Enfermedades del Corazon _____
 Alta Precion _____
 Alta Cholesterol _____
 Diabetes _____
 Migranias _____
 Muertes Infantiles _____

Medicamentos tomados regularmente? _____
 Vacunas estan al dia? _____
 Tienen el registro de vacunas? _____
 Hospitalaciones (donde, cuando, porque) _____

Defectos al Nacer _____
 Defectos con Oir _____
 Otros: _____

Enfermedades Infantil:
 Varicella _____
 Fiebre Rheumatica _____
 Toz Ferina _____
 Streptococcus _____
 Asthma _____
 Eczema _____
 Confulciones _____
 Sangrimiento _____
 Anemia _____
 Hepatitis _____

Otros Problemas No Mencionados:

 Preparado Por: _____

Infecciones:
 Oidios _____
 Garganta _____

Completado Por: _____

Problemas con:
 Oir _____
 Vision _____

Otras _____

CHILDREN'S PHYSICIANS 270 S.CENTRAL BLVD., #104B, JUPITER , FL 33458 (561) 743-9000
3365 BURNS ROAD, #100, PALM BEACH GARDENS, FL 33410 (561) 626-4000
2676 S.W. EMMANUEL DR., PALM CITY, FL 34990 (772) 219-4444

PATIENT NAME: _____ D.O.B. _____ DATE: _____

AGE 6 mo 9 mo 12 mo 15 mo 18 mo 2 yr 3 yr 4 yr 5 yr 6 yr

Provider LB LP AN GN SS MJ JC CD CC AM TL CF

PREGUNTAS SOBRE EL RIEZCO DEL PLOMO

- SI NO 1. Desde el ultimo examen oral han habido algun cambio diario significativo con el cuidado, la casa, habitos o ocupacion en el hogar?
- SI NO 2. La madre del nino ha trabajado o vivido adonde estado cerca de plomo?
- SI NO 3. El nino(a) vive o frecuentemente (una vez a la semana o mas) visita una casa construida ante de 1960? Conose si el edificio de la escuela, centro de cuidado o casa de ninera fue construida antes de 1960? La casa contiene pintura que este pelandose adentro o afuera? Tienen furnitura vieja o pintada de madera lo cual el nino(a) puede masticar (ex: una cuna)? Su nino(a) come plastecina, tiza o otras substancias no clasificadas como comida?
- SI NO 4. Su hijo(a) vivie en una casa construida antes de 1980 lo cual tiene o planean renovar o remodelar?
- SI NO 5. Su hijo(a) come dentro de platos hecho de ceramica o barro? Guardan comidas en latas, basos de ceramicas o barro?
- SI NO 6. Su hijo(a) vive o visita frecuentemente una casa que este cerca de una avenida que contenga polvo que puede estar contaminada con plomo? El cuidado de su nino(a) esta cerca de una avenida muy transitada?
- SI NO 7. Su nino(a) o amigitos han sido contaminado con plomo?
- SI NO 8. Cuales son las ocupaciones de todos los miembros de su hogar y lo que visitan? Su hijo frecuentemente esta en contacto con alguien que trabaja con plomo? ex: construccion, metal, barro o otras profesiones en su comunidad. Hay alguien en el hogar que tengan un habito lo cual usen plomo? ex: pescando, pintando furnitura, pesas, jugetes de metal, quemando furnitura que contenga pintura de plomo.
- SI NO 9. Su hijo(a) vivie cerca de una industria de plomo, planta de reciclar baterias o otras industrias que puedan tener plomo? Su hijo(a) vive cerca de una industria contaminando el aire?
- SI NO 10. Tiene en su casa remedios que puedan contener plomo? ex: ALCARON, ALKOHL, AZARON, BALI GOLI, CORAL, GHASARD, GRETA, LIGA, PLAY-LOO-LAH o RUEDA.
- SI NO 11. Su casa contiene plomeria de plomo o cobre. Han tenido reparaciones en su plomeria dentro de los ultimo 5 anos.