

CHILDREN'S PHYSICIANS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE (Favor de escoger Si o No. Si contesta SI favor de explicar el porque en el espacio provisto.)

- Nacimiento: Vaginal Cesárea NICU Fecha de nacimiento: _____ Peso _____ Complicaciones _____
- Si No Enfermedades graves o afecciones médicas (asma, diabetes, síndrome de inatencida) _____
- Si No Lesiones o accidente graves _____
- Si No Cirugía _____
- Si No Hospitalización _____
- Si No Deterioro grave del comportamiento/problemas del desarrollo/problemas de salud mental _____
- Si No Está recibiendo atención medica de un especialista – Quién? _____
- Si No Está tomando medicamentos _____
- Si No Vacunación tardía o falta de vacunación _____
- Si No Problemas medicos recurrentes (infección de oído, UTI, strep) _____
- Si No Alergias (Medicamentos/Comidas/Ambiente) _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR (Por favor marque si aplica a miembros de la familia. Para hermanos indique quien: tia, tio, primos, etc.)

	Madre	Padre	Hermano(a)	Madre		Padre		Hermanos de Madre	Hermanos de Padre
				Mamá	Papá	Mamá	Papá		
Alergias									
Asma									
Exzema									
Cancer (tipos)									
Afección cardiaca									
Cholesterol Alto									
Presión Alta									
Diabetes									
Obesidad									
Problemas Gastrointestinales									
Tiroides									
Problemas Psicológicos									
ADHD									
Convulsiones									
Problemas visuales									
Problemas hemorrágicos									
Problemas con la Anestesia									
Otros									

Entiendo que he leído las copias de LA DIVULGACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE, EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, EL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y LA POLÍTICA DE LA VACUNACIÓN que también están publicadas en el sitio WEB de CHILDREN'S PHYSICIANS y están disponibles en la Oficina. Entiendo que estoy obligado por los términos de estas políticas y si no lo hago así podría resultar en la terminación de este contrato.

Firma: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____