

# Historia del Paciente

FORM 105S - R190318

pagina 1 de 2

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

MADRE: Número de embarazos \_\_\_\_\_ Número de partos \_\_\_\_\_

NEONATAL:  prematuro  término  parto vaginal  cesárea **Peso al Nacer** \_\_\_\_\_

Complicaciones en el parto \_\_\_\_\_

Raza/Identidad Étnica \_\_\_\_\_ Idioma hablado en el hogar \_\_\_\_\_

Principalmente vive con:  ambos padres  madre  padre  otro \_\_\_\_\_

Lugar de residencia:  casa  apartamento  otro \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

	Sí	No	Lista
<b>Alergias a medicamentos</b> (nombre y reacción del medicamento)			
<b>Medicamentos</b> (nombre, dosis y incluya medicamentos sin receta tal como vitaminas)			
<b>Admisiones al hospital</b> (fecha y razón para admisión)			
<b>Cirugías</b> (fecha y procedimiento)			
<b>Historia de enfermedades graves</b> (neumonía, sibilancia, etc)			
<b>Historia de heridas graves</b> (fracturas, contusión cerebral, etc)			

ESTA INFORMACIÓN ES PRECISA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firmado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letras de molde \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

CPS SOLAMENTE

PCP \_\_\_\_\_

R \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_



**Salem Pediatric Clinic**  
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE  
Salem, Oregon 97302  
503-362-2481 · Phone  
503-371-7803 · Fax  
SalemPediatricClinic.com

# Historia del Paciente

## INFORMACIÓN MÉDICA DE LA FAMILIA

	Paciente	Madre	Padre	Hermanos/as	Abuelos/as	Tías	Tíos
<b>SDA/TDAH</b>							
<b>Reacción Anestésica</b>							
<b>Asma</b>							
<b>Autismo</b>							
<b>Trastorno de Sangre/Coágulo</b>							
<b>Cáncer</b>							
<b>Depresión/Ansiedad</b>							
<b>Diabetes</b>							
<b>Muerte Temprano Inexplicable</b>							
<b>Colesterol Elevado</b>							
<b>Ataque al Corazón (edad)</b>							
<b>Cardiopatía</b>							
<b>Presión Alta</b>							
<b>Salud Mental—Otro (Bipolar, Esquizofrenia, etc)</b>							
<b>Migrañas</b>							
<b>Escoliosis</b>							
<b>Alergias Estacionales</b>							
<b>Trastorno de Ataques</b>							
<b>Enfermedad de las Tiroides</b>							

Otras condiciones o información \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

