

Historia Social

FORM 106S - R180917

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Pasatiempos/Actividades _____

¿El paciente sigue una dieta especial o tiene alergias alimenticias? no sí _____

¿El paciente asiste a la escuela? no sí Nombre de la Escuela _____ Grado _____

¿El paciente tiene incapacidades físicas o en aprender, o tiene necesidades especiales? no sí _____

¿El paciente trabaja? no sí Horas por semana _____

¿TIENE LA CASA DEL PACIENTE...?

	Sí	No	No sé
Agua de pozo			
Exposición a plomo			
Exposición a tabaco			
Detectores de humo			
Detectores de monóxido de carbono			

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