



HISTORIAL DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____
 Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Cirugías: _____ Hospitalizaciones: _____
 Hermanos(as): _____
 Nombre de la madre: _____ Empleo: _____
 Nombre del padre: _____ Empleo: _____
 Estado civil de los padres: Casados Divorciados Solteros Viudo/a

ALLERGIAS (seleccione todas las que apliquen)

Ninguna

Medicamentos

- Aspirina
- Penicilina
- Codeína
- Sulfa
- Otro(s): _____

Comidas

- Cacahuates
- Otra(s): _____

Otras

- Alergias Estacionales
- Animales: _____
- Insectos: _____
- Otra(s): _____

MEDICAMENTOS (que esta usando actualmente; seleccione todos los que apliquen)

- Ninguno
- Sin Receta: _____
- Con Receta: _____
- Herbales: _____
- Vitaminas: _____
- Anticonceptivos Orales: _____
- Otro(s): _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

- Ninguno
 - Ansiedad
 - Asma
 - Cancer
 - Desorden Hiperactivo y Deficit de Atencion (ADHD)
 - Desorden Sanguineo
 - Reflujo Urinario
 - Convulsiones
 - Presion Alta
 - Anomalia Congenital
 - Tuberculosis
 - Diabetes
 - Epilepsia
 - Enfermedad del Corazon
 - Mareos/Desmallos
 - Dolores de Cabeza
 - Anemia
 - SIDA/VIH/ Enfermedad de Transmisión Sexual (STD)
 - Problemas Gastrointestinales
 - Enfermedad Mental
- Otro Problema Medico Cronico: _____

HISTORIAL SOCIAL DEL PACIENTE

- Uso de Drogas/Alcohol
- Fuma
- Activo/a Sexualmente
- Adoptado/a
- El/La niño/a va a guarderia
- Tiene mascotas
- Ha tenido contacto con moho
- Algun Familiar Fuma
- Cuantos viven en casa? _____

HISTORIAL DE FAMILIA (Ejemplos: Alcoholismo, Desorden Sanguineo, Enfermedad Mental, Tuberculosis, Asma, Convulsiones, Anemia, Cancer, Enfermedad del Corazon, Migrañas, Muerte Repentina, Presion Alta, Alergias, etc.) *Por favor anote cualquiera de los ejemplos de arriba. No ponga nombres.*

Padre: _____
 Madre: _____
 Abuelo Paternal: _____
 Abuela Paternal: _____
 Abuelo Maternal: _____
 Abuela Maternal: _____