

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA PEDIÁTRICA

Nombre del paciente: _____ Prefiere que lo llamen: _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre Primer nombre mes/día/año

SÍ NO ¿El paciente tiene alguna de las condiciones siguientes?

- Conteos bajos de sangre por lo que el niño debe usar mascarilla
- Tos persistente de más de 3 semanas O tos que produce sangre
- Ha estado expuesto o tiene tuberculosis

*****Si respondió sí a la pregunta de arriba, deténgase. Hable con la persona en la recepción para recibir más instrucciones*****

ESTADO DE LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA:

¿Quién es el médico de atención primaria del paciente? _____

Médico de atención primaria: dirección _____ teléfono: _____

SÍ NO ¿El paciente recibió atención el año pasado por una condición médica, emocional, del desarrollo o conductual?

SÍ NO ¿Alguno de los médicos del paciente está afiliado con University of Minnesota Health, University of Minnesota Children's Hospital, University of Minnesota Physicians o Fairview Health Services and Clinics?

SÍ NO ¿El paciente ha tenido cirugías u operaciones, visitas al departamento de emergencia o estancias nocturnas en el hospital?

SÍ NO ¿El paciente se vacunó contra infecciones infantiles frecuentes?

SÍ NO ¿La paciente está embarazada?

CONDICIONES MÉDICAS:

SÍ NO ¿El paciente tiene una historia médica pasada o una enfermedad, problema o condición actual que involucre alguno de los siguientes?

Si la respuesta es sí, marque todas las que correspondan.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conductual, emocional o salud mental | <input type="checkbox"/> Comer, tragar, dieta, nutrición o digestión | <input type="checkbox"/> Riñones o tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Defectos congénitos o síndrome | <input type="checkbox"/> Ejercicio o movimiento corporal | <input type="checkbox"/> Hígado, estómago o intestinos |
| <input type="checkbox"/> Sangre o sangrado | <input type="checkbox"/> Cabeza, ojos, oídos, nariz o garganta | <input type="checkbox"/> Pulmones, vías respiratorias o respiración |
| <input type="checkbox"/> Huesos, articulaciones o tejido conectivo | <input type="checkbox"/> Hormonas o embarazo | <input type="checkbox"/> Músculos, nervios o reflejos |
| <input type="checkbox"/> Cerebro o médula espinal | <input type="checkbox"/> Corazón o vasos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Sentidos o problemas sensoriales |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones antes o durante el nacimiento | <input type="checkbox"/> Estatura o peso | <input type="checkbox"/> Habla o lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades intelectuales o del desarrollo | <input type="checkbox"/> Infecciones o sistema inmunológico | <input type="checkbox"/> Piel o glándulas |

Describa las condiciones que marcó arriba o informe sobre cualquier enfermedad, problema o condición que no se menciona arriba

ALERGIAS:

SÍ NO ¿El paciente tiene alergias o desarrolló una reacción a medicamentos, comida o alérgenos ambientales? Si la respuesta es sí, especifique:

Alérgico a: 1) _____

Reacción: 1) _____

Alérgico a: 2) _____

Reacción: 2) _____

Alérgico a: 3) _____

Reacción: 3) _____

MEDICAMENTOS, VITAMINAS, SUPLEMENTOS DIETÉTICOS O PRODUCTOS NATURALES/DE HIERBAS:

SÍ NO ¿El paciente toma medicamentos, suplementos dietéticos, vitaminas o productos naturales o de hierbas?

Medicamentos, vitaminas, suplementos dietéticos o productos naturales/de hierbas	Cuánto/Cuándo

CONSUMO DE TABACO O DROGAS RECREACIONALES:

SÍ NO ¿El paciente consume o consumió tabaco (en presentaciones para fumar, en polvo, masticar, bidis)?

SÍ NO ¿El paciente usa o ha usado medicamentos recetados, drogas ilícitas u otras sustancias para fines recreacionales?

Según mi mejor conocimiento, las respuestas que di son exactas. Acepto informar al dentista los cambios del estado médico del paciente, doy permiso al dentista para obtener más información de la historia médica del paciente con el médico, según sea necesario para dar tratamiento dental.

Persona que completó este formulario: Firma: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

SÍ NO Nombre del intérprete/traductor: Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____