

Paciente de primera vez  
Historial Médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad del paciente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de su visita?:

\_\_\_\_\_

¿Es este su primer hijo/a? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es no, ¿cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

Edad de la madre cuando dio a luz \_\_\_\_\_

¿A cuántas semanas de gestación nació el/la bebé? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el peso al nacimiento? \_\_\_\_\_

¿Fue parto o cesárea? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es cesárea, ¿Cuál fue la razón?

\_\_\_\_\_

¿Hubo problemas con el parto? No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí por favor explique:

\_\_\_\_\_

¿Tuvo algún problema el/la bebe en el hospital? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo estuvo el/la bebe hospitalizado/a? \_\_\_\_\_

¿Tomó algún medicamento (prescrito o no prescrito por su médico) durante el embarazo?

\_\_\_\_\_

¿Tomo vitaminas prenatales? ¿Cuándo comenzó a tomarlas?: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema médico el/la paciente?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historial de Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué otros especialista médicos ve? \_\_\_\_\_

¿Qué le da de comer a su bebé? \_\_\_leche materna \_\_\_ formula: ¿que tipo? \_\_\_\_\_ ¿cuantas onzas toma? \_\_\_ oz ¿cada cuanto? \_\_\_ hr \_\_\_ Alimentos sólidos

¿Qué tipo de biberón/chupón usa? \_\_\_ Regular \_\_\_ Pigeon \_\_\_ Haberman \_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

Historial de cirugía u otros procedimientos:

Fecha	Procedimiento/operación	Nombre del cirujano/a	Donde fue realizada

Medicamentos: Incluya las vitaminas, hierbas medicinales, hormonas y los medicamentos de venta libre y recetados.

Nombre	Dosis	Frecuencia	¿Los sigue tomando?	¿Porque lo toma?

Alergias: Incluya medicamentos/alimentos: \_\_\_\_\_

¿Está al día con todas las vacunas? : \_\_\_\_\_

Edad de la madre: \_\_\_\_\_ Problemas médicos \_\_\_\_\_

¿A que se dedica? \_\_\_\_\_

Edad de el padre: \_\_\_\_\_ Problemas médicos \_\_\_\_\_

¿A que se dedica? \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres: \_\_\_ casados \_\_\_ divorciados \_\_\_ solteros

Otros niños en la familia: ¿problemas médicos? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna razón cultural o religiosa que pueda afectar el cuidado medico de el/la niño/niña \_\_\_ si \_\_\_ no

Si la respuesta es si por favor explique \_\_\_\_\_

¿Alguien usa tabaco en la casa? \_\_\_ si \_\_\_ no

¿tiene mascotas? \_\_\_ si \_\_\_ no

¿Hay un historial en la familia / un pariente de sangre de:

Defectos de nacimiento / Problemas genéticos \_\_\_ no \_\_\_ sí

Cáncer \_\_\_ no \_\_\_ sí

Diabetes \_\_\_ no \_\_\_ sí

Ataque cardíaco \_\_\_ no \_\_\_ sí

Hepatitis \_\_\_ no \_\_\_ sí

Presión arterial alta \_\_\_ no \_\_\_ sí

Colesterol alto \_\_\_ no \_\_\_ sí

Discapacidad de aprendizaje \_\_\_ no \_\_\_ sí

Enfermedad mental \_\_\_ no \_\_\_ sí

Convulsiones \_\_\_ no \_\_\_ sí

Problemas de tiroides \_\_\_ no \_\_\_ sí

¿Hay algo más que quisiera decirle al médico? \_\_\_\_\_

Nombre de su pediatra: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_ número de fax: \_\_\_\_\_

Nombre de su farmacia: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_