



Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Hoy: ____/____/____
 (MM/ DD/ AA)

Historial Medico

¿Cuántos años tenía la madre cuando nació el/la paciente? _____

¿Qué embarazo fue la/el paciente para la madre? _____

¿Usó la madre algunas de las siguientes sustancias durante el embarazo?

- Alcohol—¿Cuanto? _____
- Drogas Ilegales—¿Qué drogas? _____
- Fumó—¿Cuanto? _____

¿La madre duró los 9 meses embarazada del paciente? _____ Si nó, ¿cuanto duró? _____

¿Cuanto pesó el/la paciente al nacer? _____

¿El/la paciente estuvo saludable al nacer? _____

¿El/la paciente ha tenido que ser hospitalizado? _____

A que Edad	Causa de hospitalización
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿El/la paciente ha tenido alguna operación? _____

A que Edad	Tipo	Razón de la operación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALERGIAS: Si No

Nombre toda reacción que haya tenido con medicina, comida o cualquier otro agente.

Alergia	Reacción o Efecto Secundario

¿El/la paciente usa medicamentos diariamente?

Medicamento	Dosis/Frecuencia	Razon

¿El/la paciente tiene o a tenido algunos de los siguientes?

- Alergias
- Asma
- Enfermedad de falta de atención por hiperactividad
- Convulsiones repentinas
- Eczema - eccema - dermatosis
- Infecciones de Oído muy seguidas
- Otro (especificar) _____

Vacunas:

¿El paciente esta al corriente con sus vacunas? _____

Favor de darnos una copia de las vacunas

Desarrollo:

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo(a)?

Si su hijo(a) asiste a la escuela: Grado _____

Escuela _____

Anote todas las personas que vivan con el/la paciente

Nombre

Edad

Parentesco al paciente

Nombre	Edad	Parentesco al paciente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tiene mascotas adentro de la casa? _____

¿Cuántos? _____ ¿Qué tipo? _____

¿Fuman adentro de la casa? _____

¿Fuman afuera solamente? _____

Historia Familiar:

¿Algun miembro de la familia del paciente (papá, mamá, hermanos) tienen alguno de los siguientes?

- Alergias
- Asma
- Enfermedad de falta de atención por hiperactividad
- Defectos al Nacer
- Retraso Mental
- Murieron antes de la edad de 21 _____ Causa _____
- Eczema - eccema - dermatosis
- Convulsiones Repentinas
- Otro (especificar) _____

¿Qué otras preocupaciones tiene que quisiera platicarle al médico? _____

Certifico que la información incluida arriba es correcta segun mi mejor entendimiento. No haré responsable ni a mi doctor ni a ningun integrante de su personal en errores oh omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma de Padre o Guardian

Fecha

This area is to **only** be filled out by a *Health Ministries Staff member*, if patient needed help filling out this form and patient or patient's legal representative is present.

HMC Staff Name (PRINT)

HMC Staff Signature

Date