



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MM DD AA

**Historial Medico**

¿Cuantos años tenia 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

**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