



Stony Brook Children's

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Formulario de Historial Médico del Paciente

Nombre: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___	Edad _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer		
Razón de la Visita: _____		

### Historia de Nacimiento

Hospital de nacimiento del paciente _____		
(Nombre)	(Ciudad)	(Estado)
Parto vaginal <input type="checkbox"/> o parto por cesárea <input type="checkbox"/>		
NICU <input type="checkbox"/> o bien guardería <input type="checkbox"/>		
Peso de nacimiento _____		
Peso de descarga _____		
Longitud al nacer _____		
Ictericia No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
De nalgas No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
Luxación congénita de cadera No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
Prueba de audición aprobada No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
Recibió la primera inyección de Hep B No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> , Si es así, fecha ___/___/___		
Cualquier medicamento / enfermedad / complicaciones durante el embarazo _____		

Médica pasada / Hospitalizaciones / Cirugías	
Cualquier enfermedad grave: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enumerarlas: _____ _____	
Hospitalizaciones pasadas: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuando/por qué: _____ _____	
Cualquier cirugía pasada: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuando /donde: _____ _____	

Medicamentos actuales (incluidos los de venta libre / vitaminas)	
Nombre de la medicación	Dosis

Alergias a medicamentos y alimentos			
Medicamentos / Alimentos	Reacción	Medicamentos / Alimentos	Reacción

Historial médico familiar	
Condición / Enfermedad (marque todas las que correspondan)	Miembro de la familia (enumere los miembros a continuación)
<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Problemas visuales	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon	
<input type="checkbox"/> Cáncer. ¿Que tipo?	
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Escuchando problemas	
<input type="checkbox"/> Hipertensión	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	
<input type="checkbox"/> De fumar	
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	