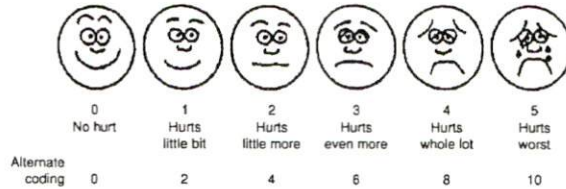


Stony Brook Orthopaedic Associates
Formulario para pacientes pediátricos nuevos

Nombre del paciente: _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Edad: _____ Sexo: ___ Hombre ___ HEMBRA Altura: _____ Peso: _____

Médico remitente: _____ Pediatra: _____
 Motivo de la visita de hoy _____
 Ubicación del problema: _____
 ¿Cuándo comenzó el problema?: _____
 Por favor, califique el dolor:



¿Qué tratamiento ha recibido para el problema?? _____

Antecedentes médicos

Cualquier enfermedad grave? SI / NO _____
 Operaciones previas? SI/ NO _____
 Medicamentos actuales? SI / NO _____
 Alergias a medicamentos? SI/ NO _____

Historia del nacimiento y del desarrollo (circle one)

TÉRMINO COMPLETO CABEZA PRIMERO VAGINAL PREMATURO CULATA
 CESÁREA

El niño se sentó a la edad _____
 El niño caminaba a la edad _____

Antecedentes familiares

Edades de los padres: _____ Problemas médicos: _____
 Edades de los hermanos: _____ Problemas médicos: _____

Historia Social

Escuela: _____
 Grado: _____
 Actividades favoritas: _____

Revisión de Sistemas (marque con un círculo todas las que correspondan)

Fiebre	Dificultad para respirar	Problemas urinarios	Eczema	Diabetes	Cambios de peso
Palpitaciones	Bleeding disorders	Entumecimiento	Headaches	Depression	Nausea/Vomiting

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
 Mejor número de teléfono de contacto: _____ Email: _____