



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Historia Médica del Paciente – Requerido para todos los Pacientes

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Su hijo/hija tiene ALGUNA alergia a medicamentos o alimentos? _____

Si tiene, Cuál es su reacción? _____

Lista de medicamentos que su hijo/hija utiliza, incluyendo dosis y cuántas veces al día(Ejemplo:Tabletas,Syrup):

Hospitalizations _____ Maternal/Paternal _____

Historia Familiar	Escoger		Relacion Ejemplo: Madre ,Padre, Abuela Maternal, Abuelo Paternal
	Si	No	
	Anemia		
Arthritis			
Asthma			
Autismo			
Desorden Autoinmune			
Cancer,Cual:			
Diabetes,dependiente de insulina			
Ataque de corazón,50 años o menos			
Cholesterol Alto			
Alta Pression			
Problemas de Riñones			
Enfermedad Psiquiatrica			
Alergias Estacionales			
Muerte Repentina			
Otros:			
Otros:			

Historia pasada del paciente

	Escoger	
	Si	No
Alergias		
Anemia		
Asthma		
Autismo		
Mojar la cama		
Celulitis		
Varicela		
Estreñimiento		
Síndrome de Down		
Eczema		
Historia de Fracturas		
Infecciones de Oídos		
GERD (reflujo)		
Dificultades de aprendizaje		
Migrañas		
Murmur		
Drepanocito		
Apnea de Sueño		
Ronquidos		
Faringitis Estreptococica		
Tuberculosis		
Infección Urinarias		
Otros:		
Otros:		

Historia de Cirugías

	Escoger		
	Si	No	Año
PET's (tubos)			
Adenodectomia			
Amigdalectomia			
Otros:			

Historia Social

	Escoger	
	Si	No
Su hijo/hija está en un cuido?		
Utiliza asiento de carro para niño?		
Si tiene menos de 1 año o menos de 20 libras,el acierto está Orientado hacia atrás?		
Su hijo/hija tiene una rutina de dormir?		
Alguien en la casa fuma cigarillo?		
Alguna persona de su casa o ustedes han viajado afuera de los Estados Unidos?		
Si ha viajado, Donde?		
Ocupación de padres: Madre: _____ Padre: _____		

Historia de nacimiento

Edad gestacional	
Peso de nacimiento	
Tipo de parto	
Lactancia	
Cuanto tiempo?	
Formula	
Suministro de agua	
Historia de Fracturas	
Cribado normal del recién nacido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	