



Nombre del paciente: _____

Nombre de mamá: _____

Nombre de papá: _____

ALERGIAS: enumere las alergias a medicamentos, alimentos u otras alergias del paciente:

<input type="checkbox"/> Sin alergias a medicamentos conocidas O, enumere las alergias a medicamentos:
<input type="checkbox"/> Sin alergias a alimentos u otras O, enumere las alergias a alimentos u otras:

MEDICAMENTOS: enumere los medicamentos y suplementos del paciente:

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del medicamento	Dosis
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS: enumere las afecciones médicas del paciente:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS: enumere las cirugías anteriores del paciente y las fechas aproximadas:

Operación	Fecha / Lugar	Operación	Fecha / Lugar
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

REGISTROS DE NACIMIENTO:

Instalación de parto: _____

Ciudad de la instalación, estado: _____

La siguiente información DEBE coincidir con los registros de nacimiento: Fecha de

nacimiento del paciente: _____

Nombre del paciente (nombre, apellido): _____

Nombre de la madre biológica (nombre, apellido): Número de _____

seguro social de la madre biológica: _____

HISTORIAL DE INMUNIZACIONES:

Adjunte un registro completo de vacunas.

Si no tiene un registro completo de vacunas, enumere todas las instalaciones donde el paciente ha recibido vacunas:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿El paciente es adoptado? **si** **No**

Padres: **Madre:** **Viva** **Fallecido** **Padre:** **Viva** **Fallecido**

Hermano (s): **Hermana (s):** ¿Cuántos están vivos? _____ **Cuántos fallecidos?** _____
Hermano (s): ¿Cuántos están vivos? _____ **¿Cuántos han fallecido?** _____

Complete la siguiente sección si NO se adoptó: **HISTORIA FAMILIAR:** Indique con un cheque para parientes con cualquiera de los

siguientes condiciones:								
Condición médica	Mamá	Papá	Hermana	Hermano	De mamá Mamá	Mamá Papá Pa	á Mamá	Papá de papá
Anemia								
Asma								
Desorden autoinmune								
Problemas de sangrado								
Cáncer de mama								
Cáncer, Otro								
Defecto de nacimiento								
Depresión								
Diabetes								
Eczema								
Epilepsia								
Trastorno genético								
Fiebre del heno / Alergias								
Trastorno auditivo								
Colesterol alto								
Hipertensión								
Trastorno inmunológico								
Nefropatía								
Discapacidad de aprendizaje								
Carrera								
Apnea del sueño								
Abuso de sustancias								
Trastornos de la tiroides								
El consumo de tabaco								
Tuberculosis								
Muerte antes de los 56 años								
Otro:								

HISTORIA SOCIAL:

¿Quién vive en casa con el paciente?

1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

¿Son los padres de su hijo? **Casado** **Soltero** **Separado / Divorciado - si es así, ¿cuándo?** _____

Ocupación de la madre: _____

Trabajo del padre: _____

Situación de cuidado infantil: **Padres**
 Otros (especificar quién / dónde) Ejemplo "Guardería-MDO": _____

¿Es motivo de preocupación la violencia en el hogar? **si** **No**