



Fecha: _____
Historial n.º: _____

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre legal del paciente:

(Nombre)

(Inicial del segundo nombre)

(Apellido)

Nombre escogido por el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Lugar del problema: _____

Duración del problema: _____

Lo que alivia el problema: _____

Lo que agudiza el problema: _____

Tratamientos previos: _____

Biopsia, laboratorios o pruebas previas: _____

Otros datos: _____

Historial médico:

Problemas de salud: _____

Alergias (medicamentos, alimentos y otros): _____

Hospitalizaciones: _____

Operaciones quirúrgicas: _____

Medicamentos actuales: _____

Otros datos: _____

¿Tiene alguno de sus parientes biológicos cercanos un historial de problemas médicos o de salud?

No Sí

De ser así, especifique

¿Fuma algún integrante de su grupo familiar? No Sí

Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO - página 2

Marque la casilla correspondiente si su niño tiene alguno de los siguientes problemas:

- | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ojos o vista | <input type="checkbox"/> Oído, nariz, garganta | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Estómago o intestinos | <input type="checkbox"/> Corazón |
| <input type="checkbox"/> Pulmones o respiración | <input type="checkbox"/> Sangre (anemia, leucemia, etc.) | <input type="checkbox"/> Cerebro o neurología | | |
| <input type="checkbox"/> Salud mental o conductual | <input type="checkbox"/> Músculos o movimiento | <input type="checkbox"/> Articulaciones o huesos | | |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas hormonales | <input type="checkbox"/> Riñones | |

Por favor, denos datos adicionales que desee que sepamos sobre su niño.

INFORMACIÓN DE REMISIÓN

Si su niño fue remitido por otro proveedor de asistencia médica, dé los datos de contacto de ese proveedor:

Nombre del proveedor: _____

Nombre del consultorio: _____

Si un paciente o amigo le dio la recomendación, dé los datos de contacto de esa persona para que podamos agradecerle la remisión.

Nombre: _____

Datos de contacto: _____