

**ANTECEDENTES MÉDICOS DE PACIENTE
NUEVO: ORTOPEDIA PEDIÁTRICA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
PEDIATRIC ORTHOPEDICS**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M / F

Identidad de género (Opcional): _____

Persona que llena el formulario y relación con el paciente: _____

Proporcione la mayor cantidad de detalles que pueda, de manera que podamos entregarle la mejor y más segura atención posible.

Farmacia preferida (nombre y ubicación): _____

Proveedor de atención primaria

Nombre: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____ N.º de fax: _____

Motivo de la visita: _____

ALERGIAS

Ninguna alergia conocida Indique cualquier alergia e intolerancia a **medicamentos, alimentos o el ambiente.**

Alergia:	Reacción:

MEDICAMENTOS

Ningún medicamento

Indique cualquier medicamento que tome, junto con la dosis y la frecuencia. Indique cualquier vitamina, suplemento y medicamento de venta sin receta médica.

Nombre del medicamento:	Dosis:	Frecuencia:

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

Indique cualquier afección médica actual o anterior, incluidas las fracturas de huesos (coloque una marca de verificación junto a cualquier problema actual).

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**ANTECEDENTES MÉDICOS DE PACIENTE
NUEVO: ORTOPEDIA PEDIÁTRICA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
PEDIATRIC ORTHOPEDICS**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CIRUGÍAS U HOSPITALIZACIONES

¿Le han realizado alguna cirugía a su hijo o lo han hospitalizado? (Indique la fecha y el motivo a continuación).

Fecha:	Motivo:	Fecha:	Motivo:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Indique las afecciones médicas de cada familiar.

	Vivo	Fallecido	Edad al fallecer	Afecciones médicas
Padre				
Madre				
Abuela paterna				
Abuelo paterno				
Abuela materna				
Abuelo materno				
Hermano				
Hermana				

ANTECEDENTES SOCIALES

TABACO / ALCOHOL / CAFEÍNA / DROGAS

(Para pacientes mayores de 13 años de edad)

Situación como fumador:	<input type="checkbox"/> Nunca				
	<input type="checkbox"/> Actual	Tipo	Cantidad	Duración	
	<input type="checkbox"/> Ex	Tipo	Cantidad	Duración	
¿Consume alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo	Cantidad	Frecuencia
¿Consume cafeína?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo	Cantidad	Frecuencia

ANTECEDENTES MENSTRUALES

(Solo para mujeres)

¿Su hija alguna vez tuvo un período menstrual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, indique la edad de inicio:	Fecha del último período menstrual:
¿Son regulares (todos los meses)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, explique:	
¿Duración del período menstrual?	<input type="checkbox"/> Menos de 5 días	<input type="checkbox"/> De 5 a 7 días	<input type="checkbox"/> Más de 7 días	
Característica del sangrado	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Abundante	

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**ANTECEDENTES MÉDICOS DE PACIENTE
NUEVO: ORTOPEDIA PEDIÁTRICA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
PEDIATRIC ORTHOPEDICS**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS O APARATOS

GENERAL			DIGESTIVO			PIEL		
Escalofríos	Sí	No	Heces con sangre	Sí	No	Picazón	Sí	No
Fatiga	Sí	No	Estreñimiento	Sí	No	Mala cicatrización	Sí	No
Fiebre	Sí	No	Diarrea	Sí	No	Erupción cutánea	Sí	No
Pérdida de peso inesperada	Sí	No	Acidez	Sí	No	Enrojecimiento	Sí	No
Aumento de peso	Sí	No	Náuseas	Sí	No	Cambios en la piel	Sí	No
OÍDOS, OJOS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA			Vómitos	Sí	No	NEUROLÓGICO		
Vista borrosa o doble	Sí	No	GENITOURINARIO			Mareos	Sí	No
Lentes correctivas	Sí	No	Sangrado	Sí	No	Adormecimiento/hormigueo	Sí	No
Dificultad para tragar	Sí	No	Dificultad o dolor al orinar	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Boca seca	Sí	No	Dolor en la región lumbar	Sí	No	Temblores	Sí	No
Dolores de oído	Sí	No	Incapacidad para controlar la orina	Sí	No	Marcha inestable	Sí	No
Dolor en los ojos	Sí	No	HEMATOLÓGICO			PSIQUIÁTRICO		
Dolor de cabeza	Sí	No	Hematomas	Sí	No	Depresión	Sí	No
Hemorragia nasal	Sí	No	Sangrado con facilidad	Sí	No	Alucinaciones	Sí	No
Enrojecimiento	Sí	No	ENDOCRINO			Nerviosismo/ansiedad	Sí	No
Zumbido en los oídos	Sí	No	Sed u orina en exceso	Sí	No	ALERGIA		
Lagrimo	Sí	No	Intolerancia al calor o el frío	Sí	No	Alergias al ambiente	Sí	No
RESPIRATORIO			LOCOMOTOR			Alergias a los alimentos	Sí	No
Tos	Sí	No	Dolor en los huesos	Sí	No			
Dolor al inspirar	Sí	No	Dolor en las articulaciones	Sí	No			
Dificultad para respirar	Sí	No	Enrojecimiento o calor en las articulaciones	Sí	No			
Ronquidos	Sí	No	Rigidez en las articulaciones	Sí	No			
Opresión	Sí	No	Hinchazón de las articulaciones	Sí	No			
Silbidos al respirar	Sí	No	Pérdida del rango de movimiento	Sí	No			
CARDIOVASCULAR			Dolor muscular	Sí	No			
Dolor en el pecho	Sí	No	Debilidad muscular	Sí	No			
Desmayos	Sí	No						
Soplo	Sí	No						
Palpitaciones	Sí	No						

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD