

Wake Health Services, Inc.

PLANILLA DE HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE PEDIATRICO

(Pediatric Medical History Form)

Apex Family Medicine
212 South Salem Street
Apex, NC 27502

Horizon Health Center
102 N. Tarboro Road
Raleigh, NC 27610

New Bern Ridge Dental Center
2620 New Bern Avenue
Raleigh, NC 27610

New Bern Ridge Pediatrics
2620 New Bern Avenue
Raleigh, NC 27610

Rock Quarry Road Family Medicine
1001 Rock Quarry Road
Raleigh, NC 27610

Southern Wake Family Medicine
130 N. Judd Parkway, NE
Fuquay-Varina, NC 27626

Nombre del Niño: _____ Nombre de Padres/ Guardian: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Feme. Masc. Raza: _____

Historia Médica del Nacimiento.

Nació el niño: a tiempo más de un mes antes después de un mes, de la fecha del Parto: _____
 Enumere las complicaciones que haya tenido durante su Embarazo o Parto: _____
 Tipo de Parto: Vaginal & Cesárea Lugar de Nacimiento: _____
 Cuanto pesó el niño al nacer? _____ Su medida de longitud? _____ Que fué el resultado del APGAR _____
 Toma el niño: Leche de botella * Leche de Pecho De las dos formas?

HISTORIA MEDICA DE LA FAMILIA

(marque enfermedades que haya dentro de la familia excluyendo al niño)

<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Ataque de Nervios	<input type="checkbox"/> Anemia de celula de Hoz
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Violencia	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Disturbios alérgicos	<input type="checkbox"/> Apoplejia	<input type="checkbox"/> Otras
<input type="checkbox"/> Dissturbio de Atención deficiente /ADHD				

Historia Médica del Niño (marcar lo que sea correcto)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Disturbios de Atención Deficiente /ADHD	<input type="checkbox"/> Ataque de Nervios	<input type="checkbox"/> Eccema (eczema)	<input type="checkbox"/> Infección periódicamente en los Oidos
<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento social	<input type="checkbox"/> Eneuresis (orinar de noche en la cama)	<input type="checkbox"/> Lesiones o Heridas significantes	<input type="checkbox"/> Problemas de no poder OIR bien	<input type="checkbox"/> Problemas de la Vista

Anotar cualquier otro problema que tenga el niño: _____
 Anotar las veces que ha estado en el hospital y las cirugias que haya tenido: _____
 Anotar todas las alergias que tiene el nino: _____
 Anotar las medicinas que el niño está tomando actualmente: _____

Historia Social

Usa Usted? + Reserva de agua de la ciudad + Agua de noria Hay personas que fuman en su hogar? + Si + No
 Atiende el niño una Guardería de Niños? , Si , No
 Quién es el princial encargado del niño? _____
 Ha recibido el nino sus vacunas en otra clinica médica? * Si * No
 Si es que si , Donde? _____
 Quién traerá al niño a ver al Doctor en su ausencia? _____
 Nombre de la persona haciendo ésta aplicación médica. _____
 Que parentesco es Usted del paciente? _____

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____