

Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C.

Suite 570 5455 Meridian Mark Road Atlanta, GA 30342 (404) 252-3353 Fax (404) 252-0645

Nombre del paciente _____
Primer Segundo Apellido

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Peso (Nacimiento) _____ Apodo _____
Libras Onzas

Sexo _____ Altura _____ Peso (Recién Nacido) _____
Pies Pulgadas Libras Onzas

¿Quién lo remitió a esta oficina? _____

¿Quién es el pediatra del paciente? (si es diferente a la persona anteriormente nombrada) _____

¿Por qué razón está usted hoy aquí? _____

¿Cuándo empezó el problema? _____

La salud general del PACIENTE es: BUENA REGULAR MALA

¿El paciente tiene las vacunas al día? SÍ NO

Si NO, especifique por favor: _____

Medicinas

Mencione las medicinas que el PACIENTE esta tomando actualmente: _____

Mencione qué tipo de vitaminas o suplementos alimenticios es tomando el niño/ niña: _____

Mencione a qué tipo de medicinas es alérgico el paciente: _____

Historia Médica

Mencione qué clase de cirugías ha tenido el paciente, la fecha y lugar donde se las practicaron: _____

Mencione todas las veces que el paciente tuvo que ser hospitalizado (diferente a una cirugía) indicando el por qué, el lugar y la fecha _____

Historia Médica Familiar

Indique si de los problemas listados abajo, alguno se ha presentado en su familia:

- Problemas de Sangrado Prolongado
- Problemas con Anestesia
- Cáncer
- Defectos Genéticos
- Anemia de células falciformes
- Otros

Si seleccionó alguna casilla, por favor explique: _____

Hermanos (as) y Edades : _____

¿Hay un fumador viviendo en el hogar del paciente? SÍ NO

¿Tiene animales dentro su casa? SÍ NO En caso positivo, especifique por favor: _____

En su hogar utiliza: agua de la llave otro (explique que clase de agua usa) _____

_____ M.D.

PORFAVOR COMPLETE LA PROXIMA PAGINA

Revisión de Sistema

Nombre del paciente: _____

Marque en la casilla apropiada:

Parto

Prematuro: SÍ NO

Semanas de Gestación _____ O Cuántas semanas después _____

Por Cesárea

Usa aparato o monitor de respirar (Problemas de respiración en el nacimiento?) Explique _____

Otros _____

Problemas Sanguíneos o del Corazón SÍ NO

Defectos del Corazón

Problemas de Sangrado

Anemia de Células Falciformes

VIH Positivo

Otros _____

Problemas Pulmonares o Respiratorios SÍ NO

Asma/Dificultad al respirar

Crup

Bronquitis Crónica

Fibrosis Quística

Otros _____

Problemas con el sistema digestivo SÍ NO

Hepatitis

Problemas intestinales

Hígado

Gastritis/Reflujo

Enfermedades estomacales

Otros _____

Problemas del Sistema Nervioso SÍ NO

Convulsiones /Epilepsia

Parálisis Cerebral

Hidrocefalia

Mongolismo/Síndrome de Down

Meníngocelo

Problemas Mentales

Problemas de Aprendizaje

Otros _____

Problemas Musculares, Oseos o en las Articulaciones SÍ NO

Desorden Muscular

Enfermedades de los Huesos

Enfermedades en las Articulaciones

Artritis

Otros _____

Problemas del Riñón o la Vesícula SÍ NO

Explique _____

Problemas Glandulares SÍ NO

Diabetes

Tiroides

Otro _____

El paciente ya ha tenido su primera Menstruación SÍ NO

Fecha del último período menstrual _____

Cáncer/Quimioterapia SÍ NO

En caso positivo por favor explique: _____

Otros Problemas o Síndromes: SÍ NO

En caso positivo por favor explique: _____

M.D.