

Premier Community HealthCare Group, Inc.
CUESTIONARIO PEDIÁTRICO DE HISTORIAL MÉDICO

PACIENTE: _____ MR# _____ DOB _____

Fecha de Primera Visita _____ SEXO _____ RAZA _____ REFERIDO POR _____

HISTORIAL DE RECIEN NACIDO:		
Hospital: _____	Peso al Nacer: _____	Tipo de Parto: _____
<u>Problemas Durante Embarazo:</u> _____	<u>Problemas durante el Parto:</u> _____	<u>Problemas al salir del hospital:</u> _____

HISTORIAL PASADO

ALERGIAS: _____

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES? SI NO

FECHA	HOSPITAL	PROBLEMA
1.		
2.		
3.		
4.		

SIRUGÍAS? SI NO

RAZÓN? _____	CUANDO? _____
--------------	---------------

MEDICAMENTO(S) CRÓNICOS? Por favor menciónelos. _____

HISTORIAL FAMILIAL: Tiene algun miembro de la familia del paciente alguno de los siguientes problemas medicos:

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fatiga | <input type="checkbox"/> problemas de sangre | <input type="checkbox"/> fumar | <input type="checkbox"/> epilepsia |
| <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> drogas o alcol | <input type="checkbox"/> enfermedad mental | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> corazón | <input type="checkbox"/> tuberculosis | <input type="checkbox"/> SIDA | |

HISTORIAL SOCIAL: Personas que fuman en el hogar? (Incluso, dentro y fuera de la casa). SI NO

MIEMBROS DE LA FAMILIA – Quien vive en su casa?			
Nombre _____	Edad _____	Relacion _____	Algun problema medico? _____

PADRE: Su ocupación? _____ Trabaja ahora? SI NO En agricultura? SI NO
 Circule uno: Casado - Soltero –Divorciado –Separado –Viudo(a) Si divorciado(a), quién tiene custodia legal: _____
 Quien le ayuda con el cuidado de sus niños cuando usted está enfermo(a) o trabajando? _____

REVIEWED BY: _____ M.D. DATE: _____
 PCHG-26