



Child History Form

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicinas

Nombre	Dosis	Veces/Dia

Historia medical de Hijo

Perlesia Cebral	Si	No
Trastrornos Hemorragicos	Si	No
Cancer	Si	No
Cerebral Palsy	Si	No
Demora De Crecimiento	Si	No
Problemas cardiacos	Si	No
hydronephrosis Prenatal	Si	No
Convulsiones	Si	No
Spina Bifido	Si	No
Desviacion de VP	Si	No

Espera: _____

Allergias

Latex	Si	No
Alergias de Medicinas:		

Enumere cualesquiere mas alla de cirugias/de Hospitalizaciones

Type	Year

Historia Social

?Dieta Especial?	_____	
Necesidades especiales	Yes	No
Edad sin panales	Yes	No
sillon de rudas, apoyos		
Expuesto a tabaco	Yes	No
Con quen vive el nino/a		

Historia Familiar

	Si	No	Miembro de Familia
Problema con anesthesia			
Trastrornos Hemorragicos			
Enfermedad de Rinon			
Urinacio de la Noche			
Infeccion tracio Urinario			
Falta de Rinon			
Pieoras de Rinon			

Tiene hermanos (as) su hijo?

Nombres	Anos

Entered in Epic by: _____

Si or No

Sintomas constitucional

Fiebre S N
 Escalofrios S N
 Dolor de Cabeza S N
 Crecimiento Abnormal S N

Ojos

Myopia S N
 Se pone rojo S N
 Dolor S N

Allergico/munologico

Fiebre de heon S N
 alergias a drogas S N
 comidas S N

Neurologico

Tremblores S N
 Problemas de Coordinacion S N
 Carmina Abnormal S N

Oidos/Nariz/Boca/Garganta

Infeccion de oido S N
 Ardor de garganta S N
 Sinesitis S N

Gastrointestinal

Dolor del estomago S N
 Nausea/Vomitando S N
 Incontinpnca fecal S N
 Estrenimiento S N
 Sangre fecal S N

Cardiovascular

Soplo cardiaco S N

Integumentario

Erupcion S N
 Picazon S N
 Hematomas S N

Musculoskeletal

Dolor de Articulacion S N
 Dolor de Cuello S N
 Dolor de Espalda S N

Genitourinario

Dolor al orinar S N
 Sangre en la orina S N
 Retencion Urinaria S N
 Urinacion Frecuente S N
 Urencia al Urinapia S N
 Mojandosedeia S N
 Frecuncia Urinacia S N

Respiratorio (Pulmones)

Jadeando S N
 Tos frecuente S N
 Dificultad Respirar S N

Hematologico/Linfatatico

Glandulas hinchadas S N
 Problemas de coagulacion de la sangre S N

Endocrina

Sed excesiva S N
 Demasiado Calor/Frio S N
 Cansado/Inactivo S N
 Crecimiento abnormal de pelo S N

Tiene algunas problemas medicales que necesitamos saber?

Enumere por abajo:

Medico: _____ Fecha: _____



**Health Insurance Portability and Accountability Act
(HIPAA)**

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Estamos obligados por ley a proveerle con nuestro aviso de prácticas de privacidad que explica cómo usamos y revelamos su información de salud. También estamos obligados a obtener su firma, reconociendo que este anuncio se ha hecho disponible a usted.

Signature _____ **Date:** _____

Relación con el paciente: padre del uno mismo cónyuge otros _____

Razon por'que el paciente no puede firmar por su cuenta

