

Apellido _____ Nombre _____ Iniciales (del segundo nombre) _____

Médico que hizo el referido _____ Fecha de nacimiento _____

Queja principal (motivo de la visita) _____

¿Cuándo le empezó? _____ Síntomas _____

Anote si algo le alivia o le empeora lo que padece _____

Gravedad (circule un número): Nada severo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy severo

Notas del médico _____

<p>MEDICAMENTOS (que actualmente toma)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">Nombre</th> <th style="width:30%;">Dosis</th> <th style="width:40%;">Hora / Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Nombre	Dosis	Hora / Día	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p>HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Hidronefrosis prenatal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Infección en la vía urinaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Retraso del desarrollo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Espina Bífida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Trastornos de sangrado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Derivación ventriculoperitoneal (Shunt) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Otro: _____</td> </tr> <tr> <td>Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿qué tipo de cáncer?: _____</td> <td></td> </tr> </table>	Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hidronefrosis prenatal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección en la vía urinaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Retraso del desarrollo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastornos de sangrado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derivación ventriculoperitoneal (Shunt) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: _____	Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿qué tipo de cáncer?: _____	
Nombre	Dosis	Hora / Día																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																										
Hidronefrosis prenatal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección en la vía urinaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																										
Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																										
Retraso del desarrollo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																										
Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																										
Trastornos de sangrado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derivación ventriculoperitoneal (Shunt) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																										
Hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: _____																																										
Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																											
¿qué tipo de cáncer?: _____																																											
<p>ANOTE CUALQUIER ALERGIA</p> <p>No tiene alergias ¿tiene alergia al látex? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Alergia a medicamentos _____</td> <td style="width:50%;">Ninguna <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Alergia a medicamentos _____	Ninguna <input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	_____	<p>Anote toda cirugía u hospitalización que haya tenido</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;">Tipo</th> <th style="width:30%;">Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Tipo	Año	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____																										
Alergia a medicamentos _____	Ninguna <input type="checkbox"/> _____																																										
_____	_____																																										
_____	_____																																										
Tipo	Año																																										
_____	_____																																										
_____	_____																																										
_____	_____																																										
_____	_____																																										
<p>HISTORIAL FAMILIAR</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:30%;">MIEMBRO DE LA FAMILIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reflujo vesicoureteral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Micción nocturna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infección en la vía urinaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fallo renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cálculos renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Complicaciones con la anestesia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		MIEMBRO DE LA FAMILIA	Reflujo vesicoureteral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		Micción nocturna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		Infección en la vía urinaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		Fallo renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		Cálculos renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		Complicaciones con la anestesia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		<p>HISTORIAL SOCIAL</p> <p>¿Ha sido víctima de abuso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Sigue una dieta específica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Detalles de la dieta _____</p> <p>Necesidades especiales (silla de ruedas, férulas, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuáles? _____</p> <p>¿A qué edad dejo de usar pañales? _____</p> <p>¿Con quién vive el niño? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																						
	MIEMBRO DE LA FAMILIA																																										
Reflujo vesicoureteral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____																																											
Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____																																											
Micción nocturna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____																																											
Infección en la vía urinaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____																																											
Fallo renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____																																											
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____																																											
Cálculos renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____																																											
Complicaciones con la anestesia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____																																											
Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____																																											



Patient Name:

Patient Identification #:

Revisión de los sistemas corporales

Alguna vez su hijo ha tenido problemas relacionados a los siguientes sistemas corporales (*circule Sí o No*)

CONSTITUCIONAL Fiebre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escalofríos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anomalías del desarrollo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Oídos nariz y boca (otorrinolaringológico) Infecciones de oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de senos nasales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	RESPIRATORIO Sibilancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de aire <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
OCULAR Vista nublada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enrojecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del último examen ocular: _____ Nombre del oculista: _____	GASTROINTESTINAL Olor abdominal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nausea / vómitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incontinencia fecal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ENDOCRINOLÓGICO Sed excesiva <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene mucho calor / frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cansancio /fatiga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anomalías en la aparición de vello <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ALÉRGICO / INMUNOLÓGICO Fiebre de heno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergia a fármacos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias alimenticias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CARDIOVASCULAR Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	GENITOURINARIO Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangre en la orina/ropa interior <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Retención urinaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Micción frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Micción urgente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incontinencia de orina diurna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incontinencia de orina nocturna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NEUROLÓGICO Temblores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de coordinación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anomalías al caminar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Confusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cosquilleo/hormigueo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INTEGUMENTARIO Urticaria/sarpullidos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picazón persistente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Le salen moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	HEMATOLÓGICO / LINFÁTICO Nodo linfático hinchado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas con la coagulación sanguínea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	MUSCULOESQUELÉTICO Dolor de articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor muscular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	PSIQUIÁTRICO Ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

A su hijo ¿le han realizado radiografías? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Tipo de radiografía</th> <th style="width: 20%;">Fecha</th> <th style="width: 50%;">Hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Tipo de radiografía	Fecha	Hospital	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	¿Su hijo tiene hermanos? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Nombres</th> <th style="width: 30%;">Edad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Nombres	Edad	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tipo de radiografía	Fecha	Hospital																						
_____	_____	_____																						
_____	_____	_____																						
_____	_____	_____																						
_____	_____	_____																						
Nombres	Edad																							
_____	_____																							
_____	_____																							
_____	_____																							

Su hijo ¿tiene alguna otra afección/problema de salud que debemos saber? (*por favor anótelos a continuación*)

Médico _____ Fecha _____ Time _____



Patient Name: _____ Patient Identification #: _____