

# Información de antecedentes médicos de nuevos pacientes menores

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Queja o preocupación principal:

---

---

---

## MEDICAMENTOS (incluidos los de prescripción y los de venta libre)

1. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna alergia a algún medicamento?  Sí  No

En caso afirmativo - enumérelas a continuación:

---

---

## HISTORIAL QUIRÚRGICO

1. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

¿A su hijo le han sacado las amígdalas o adenoides quirúrgicamente?  Sí  No

## HISTORIAL DE ALERGIAS

Ninguna conocida  Sí, a: 1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Mascotas  No  Sí ¿Cuántas? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de mascota? \_\_\_\_\_

¿Duerme alguna mascota en el cuarto de su hijo?  No  Sí

¿Qué mascotas? \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

¿Tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades? (Marque "sí" a todo lo que corresponda):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / hipertensión | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Insomnio crónico                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón             | <input type="checkbox"/> Sobrepeso / obesidad | <input type="checkbox"/> Síndrome de las piernas inquietas |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                     | <input type="checkbox"/> Ronquidos            | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple               |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva    | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño      | <input type="checkbox"/> Sonambulismo                      |
| <input type="checkbox"/> Depresión                            | <input type="checkbox"/> Ansiedad             |  |

## REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS

### Constitucional:

- Pérdida de apetito:  Sí  No
- Fiebre:  Sí  No
- Fatiga:  Sí  No
- Aumento de peso:  Sí  No
- Pérdida de peso:  Sí  No

### Respiratorio:

- Tos:  Sí  No
- Asma:  Sí  No
- Sibilancias:  Sí  No
- Mala tolerancia al ejercicio:  Sí  No

## REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS

### Gastrointestinal:

Acidez / indigestión:  Sí  No

Heces negras o con sangre: Diarrea:  Sí  No

Náuseas / Vómitos:  Sí  No

Ictericia:  Sí  No

Dolor abdominal  Sí  No

### Alergia / inmunología:

Alergias nasales / fiebre del heno/

Congestión nasal:  Sí  No

Estornudos:  Sí  No

Moqueo nasal:  Sí  No

Picor de ojos o nariz:  Sí  No

Urticaria:  Sí  No

### Ojos:

Visión borrosa:  Sí  No

Doble visión:  Sí  No

Pérdida de visión:  Sí  No

### Genitourinario:

Orinar con frecuencia  Sí  No

Dificultad para orinar:  Sí  No

Sangre en la orina:  Sí  No

### Musculoesquelético:

Articulaciones rígidas y doloridas:  Sí  No

Dolor muscular:  Sí  No

Articulaciones rojas o hinchadas:  Sí  No

Articulación temporomandibular (ATM) dolor/molestia en la mandíbula:  Sí  No

### Oídos / Nariz / Garganta / Boca:

Pérdida de audición:  Sí  No

Dolor de garganta:  Sí  No

Congestión sinusal:  Sí  No

Ronquera:  Sí  No

Tubos en los oídos:  Sí  No

## REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS

### Cardíaca:

Palpitaciones:  Sí  No

Dolor en el pecho:  Sí  No

Dificultad respiratoria diurna:  Sí  No

Dificultad respiratoria nocturna:  Sí  No

Hinchazón del tobillo:  Sí  No

Hipertensión /  
Alta Presión Arterial  Sí  No

### La piel:

Lunares inusuales:  Sí  No

Sarpullidos:  Sí  No

Sequedad:  Sí  No

**Endocrino:**  Sí  No

Intolerancia al calor  Sí  No

Intolerancia al  Sí  No

frío: Sed  Sí  No

excesiva:  Sí  No

Estreñimiento:  Sí  No

### Neurológico:

Debilidad:  Sí  No

Convulsiones:  Sí  No

Morder la lengua  
involuntariamente:  Sí  No

Desmayo:  Sí  No

Mareos:  Sí  No

Dolores de cabeza:  Sí  No

Adormecimiento:  Sí  No

### Psiquiátrico:

Exceso de estrés:  Sí  No

Pérdida de memoria:  Sí  No

Alucinaciones:  Sí  No

Nerviosismo o  Sí  No

ansiedad:  Sí  No

Estado de ánimo deprimido:  Sí  No

Pérdida de memoria:  Sí  No

¿Su hijo fue amamantado?  Sí  No

Si su hijo fue amamantado, ¿durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Su hijo fue  A término  Prematuro

Si prematuro, ¿con cuántas semanas nació su hijo? \_\_\_\_\_

GRACIAS POR TOMARSE EL TIEMPO DE COMPLETAR ESTA INFORMACIÓN