



EXPEDIENTE: PACIENTE NUEVO

Fecha _____

Folder # _____

Estimadas Familias: Bienvenidos a **Pediatrx**. Por favor llene este cuestionario, es requerido para todos los pacientes nuevos.

Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicinas actuales: _____

Alergias a medicinas: _____

Fecha del ultimo examen fisico: _____

Esta de acuerdo en vacunar a sus hijos? (Si/No) ____ Si no, porfavor explique por que no: _____

SECCION A: HISTORIAL

1. EMBARAZO, PARTO, NACIMIENTO Y PRIMERA SEMANA DE VIDA:

A. La madre tuvo alguna complicacion o enfermedad durante el embarazo? (Si/No) _____

Si contesto Si, porfavor explique: _____

B. Donde nacio su Bebe? Hospital _____ Clinica ____ Casa _____ Otro lugar _____

C. Nacio su Bebe prematuramente? (Si/No) _____ Cuantas semanas? _____

D. Peso de nacimiento del Bebe? _____ lbs. _____ oz.

E. Su Bebe tuvo que ser hospitalizado en su primera semana de vida? (Si/No) _

Si la respuesta es Si, porfavor explique: _____

2. ENFERMEDADES, ALERGIAS Y DESARROLLO:

A. Tiene su bebe algun problema medico cronico? (Si/No) _____

Si la respuesta es Si, porfavor explique: : _____

B. Su Bebe necesita cuidados especiales? (Si/No) _____

Si la respuesta es Si, porfavor explique: : _____

C. Su hijo(a) ha sido hospitalizado? (Si/No) _____

Si la respuesta es Si, porfavor explique: : _____

D. Su hijo(a) ha tenido alguna operacion? (Si/No) _____

Si la respuesta es Si, porfavor explique: : _____

E. Tiene su hijo(a) alergias que no sean causadas por medicinas? (Si/No) _____

Si la respuesta es Si, porfavor explique: : _____

F. Piensa que el desarrollo de su hijo(a) es normal? (Si/No) _____

Si la respuesta es No, porfavor explique: _____

SECCION B: HISTORIAL FAMILIAR

1. La Mama vive? (Si/No) ___ Edad: _____ Buena salud? (Si/No) _____

2. El Papa vive? (Si/No) ___ Edad: _____ Buena salud? (Si/No) _____

3. Cuantos ninos hay en la casa?: _____ Edades: _____

4. Los hermanos(as) de su hijo(a) tienen buena salud? ? (Si/No) ___

Si la respuesta es No, porfavor explique: _____

5. Existe algun problema medico en la familia? (Si/No) ___

Si la respuesta es Si, porfavor explique: _____

6. Existe algun problema familiar entre los padres? (Si/No) _____

7. Existe algun problema economico, alguna dificultad para encontrar algun lugar donde dormir? (Si/No)

Si la respuesta es Si, porfavor explique: _____

8. Cuantos anos estudio la madre?: _____ el padre?: _____

9. Los padres de familia usualmente estan de acuerdo como educar a sus hijos? (Si/No) _____

Si la respuesta es No, porfavor explique: _____

POR FAVOR TRAIGA EL LIBRO DE VACUNAS A SU VISITA