

Historial Anual del Paciente Edades 0-17

Nombre (Escrito): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Papas/Nombre de tutor: _____

Sexo: Masculino Femenino

Algun cambio a su historial familiar, por favor explique					
M = Madre P = Padre A =Abuelo/a H = Hermano/a					
Descripcion	M	P	A	H	Edad de Comienzo/Comentario

HISTORIAL PERSONAL

Fecha de última menstruación (si corresponde): _____

Asma: Si No Tiene mareos o se desmaya: Si No

Tiene Alergias Si No Describir: _____

Hospitalización, Causa Y Fecha(s): _____

Problemas de salud/enfermedades: _____

Cirugías, Tipos Y Fecha(s): _____

Vacunas: Por favor suministrar una copia

Habitos Saludables:

Con quien vives: Madre Padre Familia Mezclada Solo/a Otra: _____

Edad de Hermano(s): _____ Edad de Hermana(s): _____

Alguien en la casa fuma: Si No Usted fuma: Si No

Tiempo diario en: Computadora/Video Juego: _____ Cuanto horas se pasa viendo la tele _____

Horas atiende guarderia/O programa despues de escuela: Si No Grado Escolar: _____

Usa silla infantil: Si No Usa sinturon de seguridad: Si No

Evento Traumatico Historial: Si No Usa casco cuando esta en bicio moto: Si No

Usa marihuana o drogas recreativo: Si No Toma Alcohol: Si No

Usa fluoruro: Si No Tiene armas en la casa: Si No Si, si estan? Yes No

Activo Sexualmente: Si No Preocupaciones Dietetico: Si No Por favor describe: _____

Revision de Sintomas: Algun cambio o nuevas problemas de condiciones cronicas? Por favor explique;

Por favor explique: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ Firma de Proveedor: _____ Fecha: _____

