



Concord Children's Clinic
1040 Vinehaven Drive, Concord, NC 28025
Phone (704)-784-1010; Fax (704)-784-1013
www.concordchildrensclinic.com

FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

Persona completando el formulario: _____ Fecha: _____

Información del paciente

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre) (Apodo)

Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

Describe la salud de su Hijo/a : _____

Peso de nacimiento: _____ Complicaciones al nacer: _____

Medicamentos actuales: _____

Alergias a medicamentos: _____

Hospitalizaciones y Cirugías: _____

Enfermedades prolongadas: _____

Enfermedades significativas: _____

Varicela: SI No Inmunización Corriente: SI No

Describe el crecimiento de su hijo/a: _____

Describe el desarrollo de su hijo/a: _____

Describe el temperamento de su hijo/a: _____

Escuela actual: _____ Grado actual: _____

Historia educativa y académica: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Por favor, compruebe si su hijo/a tiene algún problema en los siguientes sistemas corporales.

Aplica

No Aplica

Constitucional (malos sentimientos inexplicables, fiebres inexplicables, pérdida de peso inexplicable, Cáncer, Leucemia, Colesterol alto)

Ojos (Cataratas, Ojos Cruzados)

Orejas, nariz, boca y garganta (infecciones crónicas del oído o los senos paranasales)

Corazón o vasos sanguíneos (Agujero en el corazón, Murmullo, Presión arterial alta, Ataque cardíaco)

Enfermedad respiratoria o pulmonar (asma, bronquitis, PC u otra enfermedad pulmonar)

Estómago, Tracto intestinal (diarrea crónica, estreñimiento, digestión, úlcera, problemas intestinales o intestinales)

Articulación, Músculos, Extremidades

Piel

Sistema Neurológico (ADAD, LD, Retraso Mental, CP, Convulsiones, Accidente Cerebrovascular, Alzheimer)

Salud psicológica o mental (depresión o ansiedad)

Endocrino (Problemas Glandulares, Diabetes, Enfermedad tiroidea)

Enfermedad de la sangre (SCA, rasgo de células falciformes)

Inmunología (Alergias Crónicas, Sistema Inmune Débil)

Vejiga y Riñón (Infecciones Crónicas de la Vejiga, Insuficiencia Renal)

Provider Reviewed: _____

Date: _____