

Formulario de Información de Salud

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____ edad _____

¿Quién está llenando este formulario?

Madre Padre Su Nombre: _____

Otros (por favor, explique la relación con Niño) _____

HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Su hijo ha sido un **paciente en un hospital** (Aparte de unos pocos días después del nacimiento)?

No (Si no, valla a la pregunta # 2.)

Sí (Si es así, explique por qué y cuándo a continuación.)

Mi hijo estaba en el hospital debido a que:

Gallina

Ejemplo:

Accidents en bicicleta

5 años de edad

2. ¿Está su hijo tomando algún **medicamento con receta**?

Sí - por favor a liste medicamentos del niño por debajo de O

No. Mi infantil no toma ningun medicamento con receta. (Si no, valla a la pregunta # 3.)

Nombre de la Medicina

Cantidad / tamaño de pastilla

¿Cuántas pastillas o dosis su hijo toma en

Ejemplo:

Dexadrine

10 mg

1 mañana mediodía cena 1 cama

mañana mediodía cena cama

mañana mediodía cena cama

mañana mediodía cena cama

(Por favor use el reverso de este formulario si tiene mas medicamento con una receta médica.)

3. Que **medicamentos de venta libre** su hijo toma regularmente?

Vitaminas

Medicina la herbal (Por favor aliste) _____

Otros (Por favor aliste) _____

Ninguno, mi hijo no toma cualquier medicamento de venta sin receta con regularidad.

*** Por favor, a su vez más de la página ***

4. ¿Tiene su hijo una **reacción alérgica (efecto malo)** de cualquiera de los siguientes? (Marque todos los que apliquen.)

- Alergias exteriores o interiores (por ejemplo: la fiebre del heno, la hierba, po llen, gatos ...) Por favor, laliste abajo
- Alergias a los alimentos (por ejemplo, los cacahuetes, la leche, el trigo ...) Por favor, aliste abajo
- Las alergias de insectos o animales (por ejemplo: abejas, avispas, gatos ...) Por favor, aliste abajo
- Medicamentos o inyecciones (vacunas). Por favor aliste a bago
- No, mi hijo no tiene alergias que yo sepa.

Mi hijo es alérgico a:	¿Qué sucede cuando su hijo tiene una reacción?
Ejemplo: amoxicillian	La diarrea (caca líquida)

5. ¿Su hijo ha tenido cualquiera de los siguientes **problemas médicos o lesiones?** (ejemplos entre paréntesis)

Varicela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
Cirugía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
Lesiones en la cabeza o conmoción cerebral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
Las infecciones del oído (a menudo los tiene, los tubos de ventilación, etc)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Los problemas de la nariz (sinusitis, hemorragias nasales)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Ojo problemas (borrosa visión, tiene que usar gafas, ojo perezoso)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
---- Deberia usar lentes para ver <input type="checkbox"/> lejos <input type="checkbox"/> leer			
Los problemas de audición (Tiene problemas a veces, lleva audífonos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Los problemas de la boca o la garganta (faringitis estreptocócica, problemas para tragar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Estreñimiento (problemas para tener una evacuación intestinal (BM))	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Problemas de orinar (orinarse en la cama, dolor al orinar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Problemas de la espalda (espalda encorvada, dolor de espalda)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Problemas musculares y de huesos (debilidad muscular, dolor en las articulaciones)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Problemas de la piel (la piel del acné, descamación, erupciones, urticaria)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Convulsiones (temblores o convulsiones)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
ADD / ADHD (problemas para prestar atención, estar sentado)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Problemas respiratorios (tos, asma)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Otros:			

¿Usted Sí para cualquier problema de encima? **Cuéntanos más sobre el dorso de esta página.**

Firma de la persona llenando el formulario

Fecha de llenado