

Historia pediátrica de salud

Por favor, completa el formulario en su totalidad.

Nombre del niño: _____

Nombre de la madre: _____

Ocupación de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Ocupación del padre: _____

Nombre del guardián: _____

Ocupación del guardián: _____

¿Con quién vive el paciente? Padre madre ambos padres otros (especificar): _____

¿Cuántos hermanos viven con el paciente? _____

¿Cuál es el idioma principal del niño? _____

¿Qué otros médicos ha visto su hijo en el último año?

Lista por favor: _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Sí NO

En caso afirmativo, enumere: _____

¿Su hijo toma algún medicamento (incluyendo vitaminas y medicamentos de venta libre)? Sí NO

En caso afirmativo, por favor enumere a continuación:

Nombre de la Medicina	Prescrito por (si no sobre-el contador)	Razón tomada	Cuánto tiempo tomó