

# Historia del Paciente

FORM 105S - R180917

pagina 1 de 2

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

MADRE: Número de embarazos \_\_\_\_\_ Número de partos \_\_\_\_\_

NEONATAL:  prematuro  término  parto vaginal  cesárea **Peso al Nacer** \_\_\_\_\_

Complicaciones en el parto \_\_\_\_\_

Raza/Identidad Étnica \_\_\_\_\_ Idioma hablado en el hogar \_\_\_\_\_

Principalmente vive con:  ambos padres  madre  padre  otro \_\_\_\_\_

Lugar de residencia:  casa  apartamento  otro \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

	Sí	No	Lista
<b>Alergias a medicamentos</b>			
<b>Medicamentos</b> (nombre, dosis y incluya medicamentos sin receta tal como vitaminas)			
<b>Admisiones al hospital</b> (fecha y razón para admisión)			
<b>Cirugías</b> (fecha y procedimiento)			
<b>Historia de enfermedades graves</b> (neumonía, sibilancia, etc)			
<b>Historia de heridas graves</b> (fracturas, contusión cerebral, etc)			

ESTA INFORMACIÓN ES PRECISA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firmado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letras de molde \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

CPS SOLAMENTE

PCP \_\_\_\_\_

R \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_



**Salem Pediatric Clinic**  
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE  
Salem, Oregon 97302  
503-362-2481 · Phone  
503-371-7803 · Fax  
SalemPediatricClinic.com

# Historia del Paciente

## INFORMACIÓN MÉDICA DE LA FAMILIA

	Paciente	Madre	Padre	Hermanos/as	Abuelos/as	Tías	Tíos
SDA/TDAH							
Reacción Anestésica							
Asma							
Autismo							
Trastorno de Sangre/Coágulo							
Cáncer							
Depresión/Ansiedad							
Diabetes							
Muerte Temprano Inexplicable							
Colesterol Elevado							
Ataque al Corazón (edad)							
Cardiopatía							
Presión Alta							
Salud Mental—Otro (Bipolar, Esquizofrenia, etc)							
Migrañas							
Escoliosis							
Alergias Estacionales							
Trastorno de Ataques							
Enfermedad de las Tiroides							

Otras condiciones o información \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



**Salem Pediatric Clinic**  
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE  
Salem, Oregon 97302  
503-362-2481 · Phone  
503-371-7803 · Fax  
SalemPediatricClinic.com