

Tucson Ear, Nose & Throat, P.C.

Stanley W. Coulthard, M.D. * Robert B. Cravens, Jr. M.D. * Robert L. Dean, M.D. * Joe M. Huerta, M.D.
William R. LaMear, Jr. M.D. * David A. Parry, M.D. Keith C. Soderberg, M.D. * Elias D. Stratigouleas, M.D.

Favor De Completar Respecto A La Salud General De Su Hijo(a)

Nombre de Hijo(a): _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: M ___ F ___

Doctor Primario: _____ Estatura _____ Peso _____

QUEJA PRINCIPAL (Razon de su visita):

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Quien es el guardian del menor(quien puede hacer decisiones medicas) si no son los padres listados arriba?

HERMANO(A):

	Nombre	Edad	Problemas Medicos
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____

PACIENTE:

	Medicamento	Dosis	Frequency	Razon para el medicamento
1)	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____

Alergias a medicamentos (Incluyendo alergias a LATEX) _____ Tipo de reaccion _____

1) _____
2) _____

Su hijo(a) esta al tanto con sus vacunas? S N Si no, explique: _____

Su hijo(a) esta alrededor de alguien con enfermedad cronica que pueda afectar su salud? S N

Si si, favor de explicar: _____

Historia de nacimiento de hijo(a) y madre (chechar todos los que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nacido(a) vaginalmente | <input type="checkbox"/> Nacido(a) por Cesaria | <input type="checkbox"/> Paso tiempo en ICU |
| <input type="checkbox"/> Amarillo al nacer | <input type="checkbox"/> Fue a casa en 1-3 días | <input type="checkbox"/> Madre tuvo infeccion |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) tuvo infeccion | <input type="checkbox"/> Madre consumia alcohol | <input type="checkbox"/> Madre consumia drogas |

HISTORIA FAMILIAR:

Checar todas las enfermedades que los hermano(a)s, padres, tias, tios, o abuelos del paciente haigan tenido o tengan:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perdida de escucha aparte de edad mayor | <input type="checkbox"/> SIDS | <input type="checkbox"/> Ataque (de apoplejía) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis(TB) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del rinon | <input type="checkbox"/> Depresion |
| <input type="checkbox"/> Nivel de colesterol alto | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Ataque al cerebro |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazon | <input type="checkbox"/> Murmullo del Corazon | <input type="checkbox"/> Latido de corazon abnormal |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Adiccion de droga | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Algun síndrome (Síndrome de down, etc) | | |

Si si, favor de explicar _____

REVISION DE SISTEMAS:

Checar todo lo que aplique respecto a la salud pasada medica de su hijo(a)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Enfermedad del rinon |
| <input type="checkbox"/> Murmullo del corazon | <input type="checkbox"/> Ataque (de apoplejía) | <input type="checkbox"/> Perdida de escucha |
| <input type="checkbox"/> Usa lentes | <input type="checkbox"/> Problema de balance | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Nivel de colesterol alto | <input type="checkbox"/> Pulmonia | <input type="checkbox"/> Retraso de habla |
| <input type="checkbox"/> Retraso en aprendizaje | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Estrenimiento |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para aprender | <input type="checkbox"/> ADD o ADHD | <input type="checkbox"/> Orina en la cama |

Otro: _____

Favor de listar cirugias y hospitalizaciones

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Firma De Padre o Madre

Nombre(Imprimido)

Fecha