

HISTORIAL DEL PACIENTE

PEDIATRIC SURGICAL ASSOCIATES

FECHA DE HOY: ____ / ____ / ____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Nombre Inicial Apellido

Peso al nacimiento: _____ Peso actual: _____ Hombre / Mujer

Médico de atención primaria: _____

PROBLEMA PRINCIPAL (EN SUS PROPIAS PALABRAS INDIQUE LA CONDICIÓN DE SU HIJO): _____

HISTORIAL NEONATAL

____ PREMATURIDAD (EDAD GESTACIONAL ____ SEMANAS)
____ PROBLEMAS RESPIRATORIOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
____ TRASTORNOS CARDIACOS OTROS
____ ICTERICIA OTROS

INDIQUE OTROS PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES: _____

EXPOSICIÓN RECIENTE A ENFERMEDADES CONTAGIOSAS:

ENFERMEDAD **FECHA DE EXPOSICIÓN APROXIMADA**
____ SARAMPIÓN _____
____ VARICELA _____
____ TUBERCULOSIS _____
____ OTROS _____

Si se necesita más espacio para anotar los problemas médicos, medicinas, alergias, hospitalizaciones y cirugías, por favor incluya otra hoja de papel.

INDIQUE CUALQUIER MEDICINA QUE ACTUALMENTE ESTÉ TOMANDO: _____

INDIQUE LAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y EL TIPO DE REACCIÓN: _____

INDIQUE LAS HOSPITALIZACIONES ANTERIORES (FECHAS Y RAZONES): _____

INDIQUE LAS CIRUGÍAS ANTERIORES: _____

¿HA TENIDO SU HIJO PROBLEMAS CON LA ANESTESIA GENERAL?
NO SÍ EXPLIQUE: _____

¿TIENE SU HIJO PROBLEMAS DE SANGRADO?
NO SÍ EXPLIQUE: _____

¿HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SU HIJO? NO SÍ ¿CUÁNTAS VECES? _____
¿POR QUÉ RAZÓN? _____

¿EN QUÉ CONSISTE LA ALIMENTACIÓN DE SU HIJO? (INDIQUE EL TIPO DE LECHE O FÓRMULA, EL VOLUMEN Y LA FRECUENCIA): _____