



# Pediatric Orthopedics of Southwest Florida

## Historial Medico

**Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Es su hijo un nuevo paciente? Si No....es esto un problema nuevo? No Si

**Razon de la Visita:** \_\_\_\_\_

**Historial Medico del Paciente:** Ninguno Si...Por favor escriba cualquier enfermedad/lesiones anteriores o presentes: \_\_\_\_\_

**Cirugias o Hospitalizaciones Anteriores:** Ninguna Si...Por favor escriba los procedimientos y sus fechas respectivas: \_\_\_\_\_

**Medicamentos Actuales:** Ninguno Si...Por favor escriba los nombres: \_\_\_\_\_

**Nombre de su Farmacia:** \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Alergias a Medicamentos, Comidas, Latex, etc.:** No Si...Cuales? : \_\_\_\_\_

**Historial Medico Familiar (edad y condicion de salud actual) Padres:** \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

**Repaso de Sistemas (Por favor indique si su hijo tiene un problema de salud en alguna de estas areas)**

No	Si	Sistema	Circule condiciones (si aplican) o Escriba otras condiciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos	(Glaucoma, espejuelos) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oidos/Nariz/Garganta	(Sordo, otitis, sinusitis) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazon	(Murmullo, defecto de valvula) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	(Asthma, bronquitis, tuberculosis) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	(Hepatitis, colitis) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinones/Vejiga	(Reflujo, incontinencia, infeccion) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculos/Huesos	(Fracturas, problemas de articulacion) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel	(Erupciones, eczema, marcas de nacimiento inusuales) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologico	(Convulsiones, dolor de cabeza, retraso, paralisis cerebral) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicologico	(ADHD, depresion, ansiedad) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrino	(Diabetes, enfermedad de tiroides, obesidad) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematologico	(Anemia, drepanocitos, leukemia, linfoma) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecioso/Inflamatorio	(VIH, infecciones recurrentes) _____

**Historial Medico de Nacimiento:**

Nacio a tiempo? Si No...con cuantas semanas de gestacion nacio el paciente? \_\_\_\_\_ semanas

Cual fue el peso al nacer? \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Onzas

Nacio por cesarea? No Si... porque? \_\_\_\_\_

El bebe se presento en posicion de pies primero? No Si

Hubo alguna complicacion con el embarazo/parto? No Si... cual/porque? \_\_\_\_\_

**Historial de Desarrollo:**

Edad cuando primero: Se sento solo/a \_\_\_\_\_

Gateo \_\_\_\_\_

Camino \_\_\_\_\_

Hablo \_\_\_\_\_

**(Hembras) Edad de primera menstruacion:** \_\_\_\_\_

En que grado esta el paciente? \_\_\_\_\_

Con que mano escribe? Derecha Izquierda

Juega algun deporte? No Si... cuales? \_\_\_\_\_

Mas reciente estatura [ \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas] y peso [ \_\_\_\_\_ ] libras

Su hijo fuma? No Si