

DATOS SANITARIOS DEL PACIENTE NUEVO



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

| Antecedentes del paciente | | | | | | | |
|----------------------------|----|----|---------------------------|-----------------------------------|----|----|---------------------------|
| Sistema | Sí | No | Si respondió sí, explique | Sistema | Sí | No | Si respondió sí, explique |
| Genético/neurológico | | | | Genitourinario/renal | | | |
| Visión/ojos | | | | Huesos/músculos | | | |
| Audición/oídos | | | | Sangre/Cáncer | | | |
| Psiquiátrico/conductual | | | | Endocrino/glándulas | | | |
| Desarrollo/aprendizaje | | | | Infecciones | | | |
| Habla/deglución | | | | Menstruación | | | |
| Corazón/sistema vascular | | | | Operaciones previas | | | |
| Respiratorio/pulmones | | | | Hospitalizaciones previas | | | |
| Gastrointestinal/digestivo | | | | Alergias: (especifique) | | | |
| Dermatológico/piel | | | | Problemas del sueño: ronquidos | | | |
| Enfermedad autoinmunitaria | | | | Dolores de cabeza frecuentes | | | |
| Obesidad | | | | Lesiones graves | | | |
| Otro | | | | | | | |

| Antecedentes de los familiares cercanos | | | | | | | |
|--|----|----|---------------------------|----------------------------|----|----|---------------------------|
| Enfermedad | Sí | No | Si respondió sí, explique | Enfermedad | Sí | No | Si respondió sí, explique |
| Enfermedad cardíaca antes de los 55 años | | | | Enfermedad autoinmunitaria | | | |
| Hipertensión arterial | | | | Alergias | | | |
| Colesterol | | | | Asma | | | |
| Enfermedad pulmonar | | | | Eccema | | | |
| Diabetes | | | | Defectos congénitos | | | |
| Cáncer | | | | Neurológica | | | |
| Enfermedad de la tiroides | | | | Desarrollo | | | |
| Trastornos hemorrágicos | | | | Psiquiátrica | | | |
| Conductual | | | | Otro | | | |

| Antecedentes sociales | |
|---|-----------------------|
| Estado civil de los padres | |
| Nombres, edades y sexo de los hermanos y hermanas | |
| ¿Ha visitado Urgencias recientemente? | Fecha y sitio: |
| ¿Alguien fuma en casa? | |
| Consultas periódicas con el dentista | |
| ¿Ha estado expuesto al plomo? | |

| Antecedentes del nacimiento | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|---------------------------|
| Peso al nacer | | Edad gestacional? | | ¿Parto vaginal o cesárea? |
| Nombre del Hospital | | ¿Adoptado, fecundación <i>in vitro</i> o madre sustituta? | | |
| ¿Alguna complicación? | | | | |
| Mamá durante el embarazo | Fumó <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Consumió drogas o usó medicamentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Consumió bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Si el paciente se encuentra en un hogar de acogida temporal o tiene arreglos especiales de cuidado, tales como arreglos tutelares, por favor dígame al personal en qué podemos ayudarle.