

Medical History Update



Nombre del Paciente _____ DOB _____
(Fecha de Nacimiento)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ADHD/ADD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO VIH/SIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO USO DE ALCOHOL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ASMA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO AUTISMO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ANEMIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO BIPOLAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DEFECTOS DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TRANSFUSIONES DE SANGRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROBLEMAS MUSCULARES/HUESO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CANCER/TUMOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PARALISIS CEREBRAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DEPENDENCIA QUIMICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO VARICELA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MALTRATO INFANTIL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TOS CRONICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ABUSO INFANTIL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO QUIMOTERAPIA/RADIACION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO LABIO LEOPORINO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ULCERAS BUCALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO COLICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DEPRESION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO RETRASO DE DESARROLLO
SU NIVEL ES: _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DIABETES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOLOR DE OIDO/INFECCIONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EPILEPSIA/DESMAYOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONDICIONES EN LOS OJOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MUJER: ESTA EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MUJER: ESTA TOMANDO
ALGUN ANTICONCEPTIVO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FIEBRE ALTAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SORDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MUDO | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD DEL CORAZON <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SOPLO DEL CORAZON? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD HEPATITIS/HIGADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ALTA/BAJA PRESION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO LESIONES A LOS DIENTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD RENAL/HIGADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MENTALMENTE DESCAPACITADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO IMPLANTES METALICOS/DERIVACIONES/VARILLAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TRASTORNO NERVIOSO/ANXIEDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NACIMIENTO PREMATURO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SANGRADO PROLONGADO/PROFUSO, CUANDO SE CORTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ATENCION PSIQUIATRICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FIEBRE REUMATICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FIEBRE ESCARLATINA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DIFICULTAD AL RESPIRAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD DE CELULAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SINUSITIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FUMA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOLOR DE GARGANTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DIESTAS ESPECIALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DETERIORO DE LENGUAJE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD DE TIROIDES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TONSILITIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TRANSPLANTES DE ORGANO, EXPLIQUE:
_____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ALGUNA CIRUGIA MAYOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO OTRO: PORFAVOR EXPLIQUE:
_____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO VACUNAS AL DIA? <input type="checkbox"/> OTRA CONDICION MEDICA NO MENCIONADA?

_____ |
|--|---|

**SU NIÑO/NIÑA TIENE ALGUN ANTECEDENTE DE ALERGIAS O REACCIONES DESFAVORABLES A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?
POR FAVOR MARQUE SI O NO!**

- | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AMOXICILINA | <input type="checkbox"/> ASPRINAS | <input type="checkbox"/> AUMENTINA |
| <input type="checkbox"/> PENICILINA | <input type="checkbox"/> CODEINE | <input type="checkbox"/> SULFAS |
| <input type="checkbox"/> LATEX | <input type="checkbox"/> ANESTESICOS LOCALES | <input type="checkbox"/> OMNICEF |
| | <input type="checkbox"/> ANESTESICOS GENERALES | <input type="checkbox"/> OTRA: _____ |

SI SU NIÑO/ADOLESCENTE ACTUALMENTE ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? SI NO
SI ALGUNA, QUE TIPO?: _____

Revision de Historial Medico/For Office use Only

Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____
Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____
Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____
Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____	Signed: _____ Date: _____

Our office updates all patient's medical history every 6 months in order to protect our patient's and staff's safety.
Please mark all that apply. Mark none in none apply.