

## HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE NACIMIENTO:

Si No El/La paciente nacio prematuramente?

Si No Hubo complicaciones en su embarazo?

Si No El/La paciente hubo complicaciones despues de su parto?

Si No El/La paciente nacio por cesaria?

Peso de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas

### EL/LA PACIENTE ALGUNA VEZ A TENIDO LO SIGUIENTE? Si contesto si, porfavor explique

Si No Soplo en el corazon

Si No Dolor de pecho

Si No Desmayos

Si No Palpitaciones/latidos de corazon muy rapido

Si No Problemas al respirar

Si No Alta presion

Si No Perdida de peso

Si No Fatiga

## HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

- |    |    |   |
|----|----|---|
| Si | No | Pulmonia  |
| Si | No | Asma  |
| Si | No | Alergias  |
| Si | No | Problema para comer/dolor de estomago                       |
| Si | No | Problemas con ojos  |
| Si | No | Problemas con oidos, nariz, garganta                        |
| Si | No | Problemas con piel/sarpuido                                 |
| Si | No | Combulciones/problemas de cerebro                           |
| Si | No | Trastorno por deficit de atencion con hiperactividad (ADHD) |
| Si | No | Autismo   |
| Si | No | Desorden psiquiatrico                                       |
| Si | No | Desabilidad mental  |
| Si | No | Problemas con hormonas/diabetis                             |

## HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Si No Problemas de sangre/anemia  
\_\_\_\_\_

Si No Cancer  
\_\_\_\_\_

Si No Fumar  
\_\_\_\_\_

Si No Admision en hospital or quirurgicos  
\_\_\_\_\_

Si No Alerjico(a) a medicamentos  
\_\_\_\_\_

Si No El/la paciente toma medicamento Si contesto si, porfavor explique

**ALGUIEN EN SU FAMILIA A TENIDO LO SIGUIENTE?** Si contesto si, porfavor explique

Si No Niño(a) nacio con problema del corazon  
\_\_\_\_\_

Si No Ataque al Corazon antes de los 50 años  
\_\_\_\_\_

Si No Alto colesterol o presion  
\_\_\_\_\_

Si No Sudden cardiac death or cardiomyopatia  
\_\_\_\_\_

Si No Ritmo abnormal del Corazon/marcapasos  
\_\_\_\_\_