

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 par to?

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, por favor 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	Alerjias
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	Trastor no por deficit de atencion con hiperactividad (ADHD)
Si	No	Autismo
Si	No	Desorden psiquiatrico
Si	No	Desabilidad mental
Si	No	Problemas con hor monas/diabetis

Continuado

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, por favor explique

ALGUIEN EN SU FAMILIA A TENIDO LO SIGUIENTE? Si contesto si, por favor 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 cardiomyopatía	_____
Si	No	Ritmo abno rmal del Corazon/marcapasos	_____