

## Reporte de Historia Medica - De Seis Años y Mayor

Nombre De Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Historia Dada Por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Informacion Del Paciente:

Las vacunas estan todas corrientes? Si No

Enfermedad Grave / Enfermedad Crónica / Problemas Médicos o Mental: pasado o presente

Hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias: desde el último examen anual

Cualquier cirugía desde el último examen anual:

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: Nombre, dosis, y la indicacion

### Historia Social:

¿Con quién vive el paciente?

Si los padres biológicos están separados o no viven en el mismo hogar que el paciente,  
¿con qué frecuencia visita el niño el otro hogar?

¿Hay mascotas dentro o fuera del hogar? Si No  
si es así, liste mascotas: \_\_\_\_\_

¿Está el paciente expuesto al humo de tabaco? \_\_\_\_\_

Recientemente viajado: Si No ¿dónde? \_\_\_\_\_

### Historia Familiar - Marque a cualquier persona de la familia inmediata

Problemas del corazón	Si	No	Migrañas o dolores de cabeza	Si	No	Alergias	Si	No
Colesterol alto	Si	No	Problemas de atención	Si	No	Eczema	Si	No
Alta presión sanguínea	Si	No	Diabetes	Si	No	Depresión o ansiedad	Si	No
Asma	Si	No	Problemas tiroideos	Si	No	Obesidad	Si	No
Problemas estomacales	Si	No	Problemas de hemorragia o coagulación	Si	No	Alcoholismo	Si	No
Problemas de riñón o vejiga	Si	No	Anemia	Si	No	Abuso de drogas	Si	No
Convulsiones	Si	No	Artritis	Si	No	Cáncer	Si	No