

Chapel Hill Children & Adolescents' Clinic
301 Kildaire Rd, Suite 200
Chapel Hill, NC 27516
(919) 967-0771 Fax (919) 967-9207

HISTORIAL MÉDICO
1 FORMULARIO POR NIÑO

FECHA: _____ FOR OFFICE USE:
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ PATIENT NUMBER
FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____
HERMANO(S): _____

NUMERO DE TELÉFONO DE CASA: () _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
NUMERO DE TELÉFONO DEL PACIENTE (Sí aplica): () _____
DIRECCIÓN: _____ NUM APT. _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
RAZA: _____ Negar IDIOMA PREFERIDO: _____
ORIGEN ÉTNICO: Hispano/Latino indefinido No soy Hispano/Latino Negar

¿CÓMO ESCUCHÓ DE NOSOTROS? _____
¿LE GUSTARÍA ELEGIR UN DOCTOR DE CABECERA EN NUESTRA OFICINA? SI ES ASÍ, FAVOR DE INDICAR CUAL DOCTOR DESEA ELEGIR: _____

* ELIGIENDO UN DOCTOR DE CABECERA NO LIMITA SUS OPCIONES DE ELEGIR A VER CUALQUIER DOCTOR EN CUALQUIER MOMENTO, Y TAMBIÉN NO GARANTIZA QUE PODRÁ VER SU DOCTOR DE CABECERA PARA TODAS LAS CITAS. VISITAS DE ENFERMO Y HORAS ABIERTAS SERÁN CON EL DOCTOR DISPONIBLE. TODOS LOS ESFUERZOS PARA PROGRAMAR SU CITA CON SU DOCTOR PREFERIDO CUANDO SE HARÁN SEA POSÍBLE.

PEDIATRA ANTERIOR: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____
HAY ALGUN OTRO DOCTOR INVOLUCRADO EN EL CUIDADO DE SU HIJO/A? SI ES ASÍ, FAVOR DE NOMBRARLO: _____

PADRES/TUTOR LEGAL

NOMBRE:	TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO DE TRABAJO:	SSN:
	()	()	()	
	()	()	()	
	()	()	()	
	()	()	()	

NOMBRE DE COMPAÑÍA DE ASEGURANZA: _____
NOMBRE DE TITULAR DE PÓLIZA: _____ SSN: _____
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA: (NOMBRE Y NUMERO DE TELÉFONO DE UN CERCANO QUE NO ES UNO DE LOS PADRES)
NOMBRE: _____
NUMERO DE TELÉFONO: () _____ RELACIÓN: _____

FAVOR DE COMPLETAR EL OTRO LADO

Nombre de adulto completando el formulario: _____ Relación con el paciente: _____

Peso de nacimiento: _____ ¿Nació a término el bebé? Si no, ¿cuántas semanas temprano/tarde llegó? _____

Vaginal Cesárea Admitieron al bebé en cuidado intensivo neonato? Sí No
Si se aplica, ¿cuánto tiempo pasó en el UCIN/NICU? _____

¿Se fueron a casa el bebé y la mamá juntos? Sí No

¿Tuvo la mamá algún problema durante el embarazo? Sí No

Explicación: _____

¿Usó la mamá alguna medicina durante el embarazo? Sí No

Si se aplica ¿qué tipo de medicina usó?: _____

¿Usó la mamá alcohol/drogas durante el embarazo? Sí No

Si aplica, ¿qué usó?: _____

¿Está su niño actualizado con las vacunas? Sí No No estoy seguro/a

¿Dónde ha recibido vacunas su hijo/a? _____

¿Se le ha diagnosticado a su hijo/a algún problema médico? Sí No

Si se aplica, favor de proveer el diagnóstico: _____

Favor de dar una explicación para cada respuesta afirmativa:

¿Ha sido hospitalizado su hijo/a desde su nacimiento? Sí No _____

¿Ha tenido su hijo/a cirugía? Sí No _____

¿Ha tenido alguna vez su hijo/a un accidente grave? Sí No _____

¿Tiene **alergia** su hijo/a a cualquier medicina? Sí No _____

¿Tiene **alergia** su hijo/a a picadura de abejas o a cualquier comida? Sí No _____

¿Su hijo/a toma medicamentos recetados regularmente? Sí No _____

¿Su hijo/a ve algún médico especial? (UNC/Duke/etc.)? Sí No _____

Su hijo tiene:

¿Problemas de desarrollo? Sí No _____

¿Asma? Sí No _____

¿Alergias de temporada? Sí No _____

¿Diabetes? Sí No _____

¿Problemas de visión? Sí No _____

¿Problemas de audición? Sí No _____

¿Soplo/problema cardíaco? Sí No _____

¿Infecciones de vesícula/ riñón? Sí No _____

¿Epilepsia/Convulsiones? Sí No _____

¿Abuso de drogas? Sí No _____

¿Problemas Gastrointestinales? Sí No _____

¿(Niñas) Ha comenzado su menstruación? Sí No _____

¿(Niñas) Problemas de menstruación? Sí No _____

¿Tiene alguna preocupación sobre cómo le va a su hijo/a en la escuela? Sí No _____