

Modernizado Historial Medico

Condicion de salud del nino _____

Fecha y motive de la ultimarevision medica _____

Nombres de cualquier medicacion tomada por su hijo _____

Su hijo ha estado alguna vez alergia a cualquier medicamento, alimento o sustancia _____

Listado _____

Su hijo nunca ha sangrado excesivo _____

Su hijo tiene algun antecedente de la siguiente:

_____ Anemia

_____ Diabetes

_____ Hgado

_____ Asma

_____ Digestion

_____ Malignidades

_____ Vejiga

_____ Epilepsia

_____ Sarampion

_____ Paralisis Cerebral

_____ Sincope

_____ Mononucleosis

_____ Varicela

_____ Glandulas

_____ Paperas

_____ Sinusal cronica

_____ Oido

_____ Fiebre Reumatica

_____ Resfriados

_____ Corazon

_____ Tiroides

_____ Convulsiones

_____ Rinon

_____ Tuberculosis

Otro: _____

Sido hospitalizado nino _____ Dar detalles _____

Nino tiene algun problema emocional _____

Aceptar medico nino _____

Importante! Por favor informe a nuestra oficina

Cambio en la salud fisicao emocional

Medicacion tomada por nino ultimas 48 horas