

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