

St. Joseph's Pediatric Clinic
Formulario de información de salud
Niños en edad escolar

Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Historial de nacimiento:

Edad de la madre al nacer: _____ número de embarazos de la madre: _____

Lugar de nacimiento: _____ fecha de vencimiento: _____

Tipo de entrega (círculo uno): vaginales o C-SECTION; fue de la mano de obra "inducido": SÍ NO

Peso del bebé al nacer: _____ libras, _____ ounces

Historia médica del bebé/niño:

Las vacunas actuales: SÍ NO Lista cualquier alergia conocida: _____

¿Cualquier problemas médicos crónicos (círculo todas las que correspondan)? NONE o anemia, infecciones del oído, problemas de visión, audiencia de problemas, las convulsiones y epilepsia, infecciones de la vejiga y riñón, neumonía, bronquitis, alergias, asma, eczema, exposición al plomo, ADD/ADHD, otros: _____

¿Su hijo toma cualquier medicamento rutinariamente? SÍ NO en caso afirmativo, indique _____

Lista de cualquier cirugías, fracturas o lesiones: _____

¿Su hijo nunca tuvo que ser hospitalizado? SÍ NO en caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: _____

¿Su hijo ha tenido algún problema del desarrollo? SÍ NO en caso afirmativo, sírvase precisar: _____

Historia de la familia:

(MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

	Mamá	Padre	Hermanos	Tías	Tíos	Abuelas		Abuelos	
						De mamá Familia	De familia padre	De mamá Familia	De familia padre
Trastorno de la sangre/anemia									
Enfermedades del corazón									
Colesterol alto									
Presión arterial alta									
Traza									
Cáncer									
Diabetes									
Epilepsia y las convulsiones									
Problemas renales									
Las enfermedades genéticas y defectos de nacimiento									
Audiencia de la infancia									
Problemas									
TB/tuberculosis									
Asma y las alergias									

Historia social:

En casa, quien actualmente vive: _____

¿Lista de cualquier mascotas: _____ Nadie fume en su casa? SÍ NO

¿Su hijo asisten a la escuela? SÍ NO, si cuál es su nivel de grado? _____

¿Su hijo ha tenido que repetir un grado? SÍ NO, si es así ¿qué nivel de grado? _____

¿Su hijo participar en programas educativos especiales? _____

¿Qué ocurre fuera de las actividades escolares does su hijo participar en? _____



Consentimiento General Para Recibir Tratamiento Medico Para un Menor

Yo, _____ por medio del presente declaro que tengo el derecho legal de otorgar mi consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico debido a que soy el padre o tutor del paciente(s). Yo autorizo y concedo a las persona(s) mencionadas a continuación permiso del padre natural o tutor legal para consentir y firmar para cualquier y todos los procedimientos médicos/quirúrgicos o tratamientos que se consideren necesarias para el bienestar de mi hijo(s). Estoy estableciendo que tengo la autoridad de consentir para todos los cuidados médicos/quirúrgicos relacionado con los nombrados niño(s).

Esta autorización es para:

- o La fecha de hoy solamente: _____
- o Fecha específica: _____
- o Todas las futuras visitas efectivas durante un año a partir de la fecha de hoy: _____

_____ / ____/____
 Firma de padre/tutor Relacion al paciente Fecha de hoy

Hijo(s):

1. _____	____/____/____	2. _____	____/____/____
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
3. _____	____/____/____	4. _____	____/____/____
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
5. _____	____/____/____	6. _____	____/____/____
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento

Persona(s) que están autorizados para obtener atención médica para el niño(s) nombrados arriba.

1. _____	_____
Nombre (en letra de imprenta)	Relación el niño(s)
2. _____	_____
Nombre (en letra de imprenta)	Relación el niño(s)