



St. Joseph Pediatric Clinic  
Formulario de información de salud  
Recién nacido a 5 años

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

Medicamentos que se toman durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Complicaciones médicas del embarazo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal      | <input type="checkbox"/> Enfermedad similar a la gripe o alta temperatura    |
| <input type="checkbox"/> Anemia                | <input type="checkbox"/> Infección de riñón o la vejiga                      |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión          | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Problemas con sangre  | <input type="checkbox"/> Hepatitis   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Parto prematuro                                     |
| <input type="checkbox"/> Exposición a la TB    | <input type="checkbox"/> Exposición de a plomo/productos químicos            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades dentales | <input type="checkbox"/> Lesiones o la hospitalización                       |

Peso del bebé al nacer: \_\_\_\_\_ libras, \_\_\_\_\_ ounces

Bodega antigua era el bebé en el momento de la aprobación de la gestión del hospital: \_\_\_\_\_

Los problemas para el bebé durante la estadía en el hospital?: \_\_\_\_\_

(incluir infecciones, ictericia, pantalla de audición fallida, soplo en el corazón, problemas respiratorios)

¿Bebé obtener la vacuna contra la hepatitis B en el hospital? SÍ NO

**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 de oído, visión de problemas de audición problemas, las convulsiones y epilepsia, infecciones de la vejiga y riñón, neumonía, bronquitis, alergias, asma, eccema, lead exposure, other \_\_\_\_\_

¿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									
Trazo									
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:**

¿Quién vive en casa actualmente? \_\_\_\_\_

¿Lista de cualquier mascotas: \_\_\_\_\_ nadie fume en su casa? SÍ NO

¿Does su hijo asistir a la guardería? SÍ NO



**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 especifica: \_\_\_\_\_
- 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)