

PEDIATRIC SURGICAL ASSOCIATES
HISTORIA MEDICA

INFORMACION GENERAL

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____

Razon por la visita _____

Nombre del medico personal del paciente _____

Es alergico a alguna medicina? Si _____ No _____ Si, si a cual? _____

Esta tomando medicamentos? Si _____ No _____ Si, si cual? _____

Estan corrientes las vacunas? Si _____ No _____ Cuanto pesa? _____

Come o Toma: Formula, Leche materna, Comida Regular _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO

Cuanto peso al nacer? _____ lbs a termino _____ prematuro _____ (semanas de gestacion _____)

Parto: vaginal _____ cesarea _____ Alguna complicacion al nacer? Si _____ No _____

Explica _____

HISTORIA CLINICA

Crecimiento y Desarrollo: Normal _____ Retrasado _____, Explica _____

Ha tenido alguna enfermedad grave? (Si/No), Nombre del hospital, fecha y causa de la enfermedad

Ha estado hospitalizado alguna vez? (Si/No), Nombre del hospital, fecha y razon de la hospitalizacion

Accidentes/Heridas que hayan requerido hospitalizacion? (Si/No), Nombre del hospital, fecha y causa

HISTORIA DE OPERACIONES

Ha tenido alguna operacion? (Si/No), Nombre del hospital, fecha y tipo de operacion

Ha tenido alguna complicacion con la anestesia? Si/No, Explica _____

HISTORIA FAMILIAR

Tiene familiares que tienen o han tenido problemas con:

Tendencia a sangrar (si/no)

Distrofia Muscular (si/no)

Defecto de Nacimiento (si/no)

Complicaciones con anestesia (si/no)

HISTORIA SOCIAL

Ciudad de residencia _____ El paciente vive con: Padres biologicos _____

Madre _____ Padre _____ Con los dos _____ Tutor _____ Padres adoptivos _____ Alguien mas _____

Alguien mas vive en su casa? (si/no) Quien? _____

ATRAS DE LA HOJA PORFAVOR--->>

Ha tenido su hijo(a) problemas con:

Ataques Epilepticos	si _____ no _____	Enfermedad del Corazon	si _____ no _____
Vista	si _____ no _____	Enfermedad Pulmonar	si _____ no _____
Audicion	si _____ no _____	Enfermedad de Rinones	si _____ no _____
Sangramiento	si _____ no _____	Al respirar	si _____ no _____
Anemia	si _____ no _____	Neumonia	si _____ no _____
Infeccion del tracto Urinario/Vejiga	si _____ no _____	Enfermedad de huesos	si _____ no _____
Tracto Digestivo	si _____ no _____	Enfermedad de la celula de hoz	si _____ no _____
Enfermedad del Hgado	si _____ no _____		
Otra enfermedad:	_____		

OFFICE USE ONLY:

	<u>PHYSICAL EXAM</u>	<u>NOTES</u>
GENERAL :	<input type="checkbox"/> WD, WN, NONTOXIC, ALERT, ORIENTED	
SKIN:	<input type="checkbox"/> WELL HYDRATED, MOIST MUCOSA, GOOD TURGOR <input type="checkbox"/> NO RASH <input type="checkbox"/> NO SIGNIFICANT LESIONS	
HEENT:	<input type="checkbox"/> NORMOCEPHALIC, ATRAUMATIC OR SOFT AF <input type="checkbox"/> EOMI, PERL, ANICTERIC SCLERA <input type="checkbox"/> NARES PATENT <input type="checkbox"/> OROPHARYNX CLEAR <input type="checkbox"/> NO DYSMORPHIC FEATURES	
NECK / BACK:	<input type="checkbox"/> SUPPLE, FIRM, NO MASSES <input type="checkbox"/> NORMAL ALIGNMENT	
CHEST:	<input type="checkbox"/> SYMMETRICAL, NORMAL CONTOUR	
LUNGS:	<input type="checkbox"/> UNOBSTRUCTED UPPER AIRWAY SOUNDS <input type="checkbox"/> BREATH SOUNDS EQUAL / CLEAR BILATERALLY	
HEART:	<input type="checkbox"/> REGULAR RATE, NO MURMURS	
ABDOMEN:	<input type="checkbox"/> NORMOACTIVE BOWEL SOUNDS <input type="checkbox"/> SOFT, NONTENDER, NO MASSES / ORGANOMEGALY	
GENITALIA:		
MALE:	<input type="checkbox"/> NORMAL PENIS: CIRCUMCISED? YES NO <input type="checkbox"/> FULLY DESCENDED TESTES	
FEMALE:	<input type="checkbox"/> NORMAL EXTERNAL EXAM	
ANUS:	<input type="checkbox"/> PATENT <input type="checkbox"/> NORMAL LOCATION	
EXTREMITIES:	<input type="checkbox"/> FIRM, WITHOUT CYANOSIS, CLUBBING, EDEMA <input type="checkbox"/> NO LESIONS	
NEUROLOGIC:	<input type="checkbox"/> MOVES ALL EXTREMITIES, NO FOCAL FINDINGS	

IMPRESSION:

PLAN:

SIGNATURE