

Dr. Barry E. LoSasso, M.D., F.A.C.S., F.A.A.P.
Información al Paciente

Nombre de paciente: _____ **Fecha:** _____

Padres/tutores: Al responder estas preguntas con la exactitud, nos ayudará a a brindarle la mayor atención posibles a su niño(a)

Alergias a medicamenios (enumere y diga lo que causan): _____

Vacunas: Están al día No están al día No estoy seguro(a)

Medico Primario: _____ Teléfono: _____

Medicinas actuales y la dosis: _____ Ninguna

¿Aque enfermedades su hijo/hija ha estado recientemente expuestos? _____

¿Qué otras infecciones comunes? _____ Ninguna

Enfermedades mayores/ condiciones médicas: _____ Ninguna

Cirugias anteriores: _____ Ninguna

Hospitalizaciones (a qué edad y por cuál razón): _____
_____ Ninguna

¿Personas principales encargadas del paciente? Madre Padre De Si mismo Otro

¿Quién es el tutor legal? _____ ¿Quién más viven en su casa? _____

¿Algunas de las siguientes condiciones médicas corren en la familia? ¿Si Contesto "si" ¿quién lo padece?

	Si	No	
Convulsiones (epilepsia)-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del corazón-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migrañas-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras enfermedades serias de la niñez-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muertes en la infancia-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno hemorrágico-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas con anestesia-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿El/la paciente ha sufrido alguno de estos los síntomas? (Marque las que correspondan)

- | | |
|--|--|
| Dificultad para respirar----- <input type="checkbox"/> | Depresión (estado de ánimo bajo)- <input type="checkbox"/> |
| Dolor de pecho----- <input type="checkbox"/> | Dolor al orinar----- <input type="checkbox"/> |
| Dolor en el abdomen----- <input type="checkbox"/> | ¿Toma mas de lo usual?----- <input type="checkbox"/> |
| Diarrea----- <input type="checkbox"/> | Disminución del apetito----- <input type="checkbox"/> |
| Estreñimiento----- <input type="checkbox"/> | Tos----- <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones----- <input type="checkbox"/> | Erupción o ronchas----- <input type="checkbox"/> |
| Vómitos----- <input type="checkbox"/> | Otros----- <input type="checkbox"/> |
| Fiebre----- <input type="checkbox"/> | |