

Nombre del paciente (menor): _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

M ____ **F** ____

Alergias (a los alimentos, a los medicamentos o al medio ambiente)
Fecha de inicio
Tipo de reacción

Medicamentos actuales: nombre
Dosis
Frecuencia

Problemas médicos importantes (hospitalizaciones, cirugías, etc.) _____

Historial médico familiar

En ambos lados de la familia, ¿podría indicarnos si estas afecciones están presentes y quién las padece? Si los antecedentes son desconocidos, escriba una «U» junto a cada caso. Si no está seguro, ponga un «?».

Condiciones médicas
Quién podría tenerlo

Enfermedad cardíaca precoz (muerte súbita, ataque cardíaco)

Colesterol elevado

Presión arterial elevada

Problemas pulmonares (asma, tuberculosis)

Alergias (medicamentos, alimentos o estacionales)

Problemas hepáticos (hepatitis, cirrosis)

Trastornos sanguíneos (anemia, hemorragia excesiva, plaquetas bajas)

Problemas renales (cálculos, insuficiencia)

Problemas digestivos (colitis, úlceras, gastritis, celiaquía)

Problemas neurológicos (convulsiones, migrañas)

Problemas de la glándula tiroides

Diabetes (adulta o juvenil)

Obesidad

Dificultades emocionales (depresión, ansiedad, TOC, pánico)

Cánceres

Defectos congénitos

Dificultades de aprendizaje (TDA, TDP, autismo)

Consumo de sustancias (alcohol, drogas de prescripción o de la calle)

Historia Social

¿Quién vive en casa? (incluya a todos los miembros)

Vive en

Apartamento ____ Condominio ____ Casa ____

Otro (especifique) _____

Enumere los animales domésticos que tiene:



Afiliado: Columbia University Vagelos College of
Physicians and Surgeons
Hospital de Planetree
Hospital con reconocimiento Magnet®

¿Cuál de los siguientes tiene?

Agua de pozo _____ Agua de ciudad _____

¿Hay alguien en casa que consuma tabaco?

Sí _____ No _____

Firma _____ Relación con el(los) paciente(s) _____ Fecha ____/____/____