



## Formulario de ingreso del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.º de RM: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Indio americano o nativo de Alaska       Asiático       Negro o afroamericano       Hispano  
 Originario de Hawái u otra Isla del Pacífico       Caucásico (no hispano)       Otro

¡Bienvenido a Metropolitan Pediatrics! Tómese el tiempo para llenar este formulario de la manera más exacta posible para que podamos responder de la manera más adecuada las necesidades de salud de su hijo. ¡Gracias!

### Antecedentes del nacimiento – embarazo:

- ¿La madre: fumaba?  Sí  No  
ingería alcohol?  Sí  No  
usaba drogas/medicamentos?  Sí  No  
*Si la respuesta es sí, ¿de qué clase?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- experimentó enfermedad/complicaciones?  Sí  No  
*Si la respuesta es sí, ¿de qué clase?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Historial del nacimiento – parto/periodo de recién nacido:

- Tipo de parto:  Vaginal  Cesárea  
Edad gestacional: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_  
Fecha de administración de la vacuna contra la hepatitis B: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dificultades en el periodo de recién nacido: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Historia médica del paciente:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición                   | <input type="checkbox"/> Escoliosis                            |
| <input type="checkbox"/> Alergias                | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                           | <input type="checkbox"/> Convulsiones                          |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Artritis                | <input type="checkbox"/> Enfermedades inflamatorias del intestino | <input type="checkbox"/> Infección de garganta (recurrente)    |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Ictericia                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/oncología        | <input type="checkbox"/> Meningitis                               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus       | <input type="checkbox"/> Otitis media                             | <input type="checkbox"/> Infección de las vías urinarias       |
| <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | <input type="checkbox"/> Neumonía                                 | <input type="checkbox"/> Varicela                              |
| <input type="checkbox"/> Eczema                  | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro                     | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista                 |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza       |   |  |
- Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Historial quirúrgico del paciente:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía    | <input type="checkbox"/> Cesárea              | <input type="checkbox"/> Biopsia de nódulos linfáticos       |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía    | <input type="checkbox"/> Cirugía por fractura | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía                       |
| <input type="checkbox"/> Circuncisión      | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón  | <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos                  |
| <input type="checkbox"/> Labio leporino    | <input type="checkbox"/> Corrección de hernia | <input type="checkbox"/> Hernia umbilical                    |
| <input type="checkbox"/> Paladar hendido   | <input type="checkbox"/> Hernia inguinal      | <input type="checkbox"/> Cirugía por testículo no descendido |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética |   |  |
- Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial familiar**

¿Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente? Marque con una 'X' cada condición que corresponda.

|                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Pérdida de la vista       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad de la tiroides |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Muerte súbita             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abuso de sustancias       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Convulsiones              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad reumatológica  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obesidad                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad renal          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Colesterol alto           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hipertensión arterial     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad del corazón    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Defecto del corazón       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pérdida de la audición    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Eczema                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Muerte prematura          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diabetes                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Retraso del desarrollo    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Depresión                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno de coagulación  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problema de sangrado      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Defectos congénitos       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Asma                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Artritis                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Alergia grave             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADHD                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sin problemas conocidos  
¿Vive con el paciente?

**Nombre del miembro de la familia:**      **Fecha de nacimiento:**

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Madre:          | / / |
| Padre:          | / / |
| Hermano:        | / / |
| Hermano:        | / / |
| Abuela materna: |     |
| Abuelo materno: |     |
| Abuela paterna: |     |
| Abuelo paterno: |     |
| Otros:          | / / |

**Enumere cualquier otra condición (por miembro de la familia):**

---



---



---



---