

PACIENTE NUEVO: REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

COMPLETE ESTOS FORMULARIOS ANTES DE SU PRÓXIMA CITA

Por favor indique cualquier problema que le ha afectado a su niño de manera significativa (marque los cuadrillos)

Persona que llena el formulario Paciente Madre Padre Tutor Otro: _____

Nombre del paciente _____ Fecha: _____ Fecha del último examen de _____ los ojos:

Constitutional

- Aumento reciente de peso ____ (cantidad)
- Pérdida reciente de peso ____ (cantidad)
- Fatiga
- Debilidad
- Fiebre

Ojos

- Dolor
- Enrojecimiento
- Pérdida de visión
- Visión doble o borrosa
- Sequedad
- Sensación de tener algo en el ojo
- Comezón en los ojos

Oídos–Nariz–Boca–Garganta

- Zumbido en los oídos
- Pérdida de la audición
- Hemorragia nasal
- Pérdida del olfato
- Sequedad en la nariz
- Flujo nasal
- Lengua adolorida
- Sangrado en las encías
- Llagas en la boca
- Sequedad en la boca
- Frecuentes dolores de garganta
- Ronquera
- Dificultad para tragar

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Latidos irregulares del corazón
- Alta presión arterial
- Soplo en el corazón

Respiratorio

- Dificultad para respirar
- Dificultad para respirar en las noches
- Tos
- Tos con sangre
- Sibilancias (asma)

Gastrointestinal

- Náuseas
- Vómito con sangre o sustancia tipo café molido
- Dolor de estómago que se alivia con comida o leche
- Ictericia (piel u ojos amarillentos)
- Estreñimiento en aumento
- Diarrea persistente
- Excremento con sangre
- Excremento negro
- Acidez (aguras)

Genitourinario

- Dolor o ardor al orinar
- Orina con sangre
- Orina turbia
- Pus en la orina
- Secreción en el pene/vagina
- Sarpullido/úlceras genitales

Sólo para las mujeres

- Edad en la que comenzó a menstruar: _____
- ¿Menstruaciones regulares? Si No
- ¿Días entre una y otra? _____
- ¿Fecha de la última menstruación? _____

Dermatología (piel)

- Se forman moretones fácilmente
- Enrojecimiento
- Sarpullido / Ronchas
- Sensibilidad al sol o se quema fácilmente con el sol o tiene ronchass después de estar en el sol
- Tensión de la piel
- Nódulos/bultos
- Pérdida de cabello
- Cambio de color de las manos o pies con el frío

Sistema neurológico

- Dolores de cabeza
- Mareos
- Desmayos
- Pérdida de conocimiento
- Entumecimiento u hormigueo de las manos o pies

- Pérdida de memoria
- Sudoración nocturna

Psiquiátrico

- Preocupaciones en exceso
- Ansiedad
- Se enoja fácilmente
- Depresión
- Dificultad para dormir
- Dificultad para permanecer dormido

Endocrino

- Sed en exceso
- Orina en exceso

Hematológico/Linfático

- Glándulas hinchadas
- Glándulas sensibles al tacto
- Anemia
- Tendencia a sangrar
- Transfusión/cuándo _____

Alérgico/Inmunológico

- Estornudos frecuentes
- Más susceptibilidad a la infección
- Urticaria
- Eccema

Musculoesquelético

- Rigidez en las mañanas, ¿Cuánto dura? _____ Minutos _____ Horas
- Debilidad muscular
- Sensibilidad muscular
- Dolor en la parte baja de la espalda
- Color rojo sobre una articulación
- Dolor en una articulación
- Hinchazón en las articulaciones

Haga una lista de las articulaciones afectadas en los últimos 6 meses





**PACIENTE NUEVO:
REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**

ANTECEDENTES MÉDICOS

Marque el cuadrado correspondiente si su niño tiene o ha tenido

- Cáncer Problemas cardíacos Asthma
- Bocio Diabetes Tuberculosis
- Úlceras estomacales Epilepsia/Convulsiones Fiebre reumática
- Enfermedad renal Neumonía Psoriasis
- Anemia VIH / SIDA Alta presión arterial

Otra enfermedad significativa (haga una lista por favor)

Viajes durante el último año _____

MASCOTAS _____

INMUNIZACIONES: Varicela (cuando) _____

- Vacunas al día Vacuna contra la varicela

Fecha de la última vacuna: _____

Cirugías previas

<i>Tipo y Año</i>	<i>Tipo y Año</i>
1.	3.
2.	4.

¿Tuvo alguna fractura? Si No Descríbala: _____

¿Otra lesión seria? Si No Descríbala: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

SI VIVE

SI FALLECIÓ

	Edad	Problemas médicos	Edad al fallecer	Causa
Padre				
Madre				

Cuántas hermanas _____ Cuántos hermanos _____ Cuántos fallecidos _____

Problemas médicos de los(as) hermanos(as) _____

Sabe de algún pariente consanguíneo que tenga o haya tenido: (marque y escriba el parentesco)

- Psoriasis _____ Enfermedad cardíaca _____
- Lupus _____ Presión arterial alta _____
- Osteoartritis (degenerativa) _____ Enfermedad tiroidea _____
- Espondilitis anquilosante _____ Embolia o hemorragia cerebral _____
- Artritis reumatoide _____ Colitis _____
- Artritis infantil _____ Epilepsia/Convulsiones _____
- Gota _____ Asma _____
- Fiebre reumática _____ Tuberculosis _____
- Dolores de crecimiento _____ Diabetes _____
- Cancer _____





**PACIENTE NUEVO:
REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**

MEDICAMENTOS

Alergia a algún medicamento: No Si ¿A cuál? _____

Type of reaction: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES (Anote todas las medicinas que toma. Incluya tales productos como aspirina, vitaminas, laxantes, calcio y otros suplementos, etc)

Nombre de la droga	Dosis (incluya la concentración y número de pastillas al día)	¿Durante cuánto tiempo ha tomado este medicamento?	Por favor marque el cuadrito: ¿Sirvió?		
			Mucho	Algo	Nada
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

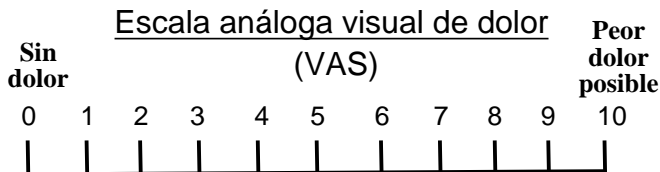
Terapias naturales o alternativas (quiropático, imanes, acupuntura, masaje, medicamentos de venta libre, etc)

MEDICAMENTOS ANTERIORES: (Haga una lista de todos los medicamentos que ha tomado en el pasado, los que le HAN SERVIDO y los que NO LE HAN SERVIDO, en relación al motivo por el cual le van a ver aquí hoy.)

LOS QUE SIRVIERON _____

LOS QUE NO SIRVIERON: _____

Por favor, díganos si su hijo o hija ha tenido dolor debido a su enfermedad. Marque con un círculo el número en la línea de abajo para indicar cuánto dolor le causó la enfermedad DURANTE LA SEMANA PASADA:



Firma del Paciente/Representante con autorización legal

Relación con el paciente

Nombre del Paciente/Representante con autorización legal, en letra de imprenta

Fecha y hora

Practitioner Signature

Date & Time

Printed Name

