

Cuestionario de Paciente

Fecha: _____

Página 1

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de person completendo esta forma: _____ Relacion de a paciente: _____



Embarazo y Nacimiento

Edad de Mama embarazada				Fumando, tomando, Alcohol/Drogas durante el embarazo?	SI		NO
Enfermedades durante el embarazo?	SI		NO				
Si? Explique enfermedades:				Si? Explique.			
Medicamentos durante el embarazo? (Excluye hierro y vitaminas)				Cuantas semanas de embarazo?			
				(Doctor use only: Synagis)			
				Tipo de nacimiento			
				Peso en nacimiento		Longitud	
Hospital/Lugar de nacimiento				Complicaciones?	SI		NO
Problemas en nacimiento?				Si? Explique.			
Respirando	SI		NO				
Ictericia	SI		NO				
Otro	SI		NO				
Explique:							

Historia Medica del Pasado para el Paciente

Alegrias a medicina?	SI		NO	Son las vacunas del paciente hasta la fecha?	SI		NO
Si? Apuntelas:				Incluye hospitalizaciones (incluye año y razon)	Año		
Otras alegrias (no esten relacionado con medicina) Apunte:							
Apunte heridas serias (incluye cuando/donde)							
Problemas del Corazon	SI		NO	Infecciones que Reocurren			
Problemas de los Plumones/Respiratorio	SI		NO	Ojo	SI		NO
Problemas Gastrointestinal	SI		NO	Oido/Nariz/Garganta	SI		NO
Problemas de los Riñones/Veja	SI		NO	Piel	SI		NO
Problemas de los Musculos/Huesos	SI		NO	Otro	SI		NO
Problemas Neurológico	SI		NO	Si hay otro, apunte:			
Problemas psiquiátrico	SI		NO				
Problemas de Anemia/Sangre	SI		NO				
Endocrino (diabetes/tiroides)	SI		NO	Problemas de Vision	SI		NO

*****POR FAVOR LLENE LOS DOS LADOS DEL CUESTIONARIO*****