

**Trinity Pediatrics**  
Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado y código postal: \_\_\_\_\_

{ } Masculino { } Femenina

Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Farmacia preferido: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia y Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del guardián: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador del guardián: \_\_\_\_\_

# De teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Medico anterior: \_\_\_\_\_

Grupo Étnica: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián      Fecha

Información sobre el seguro medico

Nombre del Seguro Principal: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro del Asegurado: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Parentesco del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_/\_\_/\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro del Asegurado: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Parentesco del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_/\_\_/\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Por favor, proporcione copias de las tarjetas de seguro e una identificación del guardián en la visita inicial.

**Otras personas que tienen permiso para traer a su hijo(a). Debe de traer una identificación.**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo      Fecha

## Historia Familiar

¿Hay una historia familiar de cualquiera de las siguientes enfermedades? Por favor marque todo lo que aplica.

- Tuberculosis
- Diabetes
- Asma, eczema, o alergias
- Enfermedades mentales
- Convulsiones
- Hepatitis
- Enfermedades del corazón, derrame, alto colesterol
- Muerte inexplicable
- Cáncer
- Defectos de nacimiento o genético

## Historia Social

¿Cuántos adultos viven en casa? \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños viven en casa? \_\_\_\_\_

¿Fumadores? \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Mascotas? \_\_\_\_\_

¿Historial de Viaje? \_\_\_\_\_

¿Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

## Historial de Vacunas e Alergias

¿Hay alguna alergia de cualquiera de las siguientes cosas? Por favor explique.

- Comidas \_\_\_\_\_
- Medicamentos \_\_\_\_\_
- Materiales (látex, el níquel, etc.) \_\_\_\_\_

¿Están actualizadas las vacunas del niño? { } Si { } No

**Por favor proporcione una copia del registro de vacunas de su hijo.**

## Historia de Nacimiento

¿Cuál era el método del parto?

- Vaginal espontaneo
- Con la ayuda de fórceps
- Trasero
- Cesaría

¿En Cuál Hospital Nació?

¿Peso al nacer? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto Midió? \_\_\_\_\_

¿Nació antes de las 38 semanas? { } Si { } No

¿Nació después de las 42 semanas? { } Si { } No

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? ¿Cuál?

¿Hubo alguna de las siguientes complicaciones después del nacimiento? Por favor marque todo lo que aplique.

- Ictericia
- Tratamiento de antibióticos
- Ronchas
- Se ponía azul
- Convulsiones
- ¿Él bebe se quedó más tiempo que la madre en el hospital?

¿Qué tipo de leche tomaba?

{ } Pecho { } Formula

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Historia Del Desarrollo

¿A qué edad hizo su hijo lo siguiente?

1. Levantar la cabeza \_\_\_\_\_
2. Dar la vuelta \_\_\_\_\_
3. Sentar sin ayuda \_\_\_\_\_
4. Pararse solo \_\_\_\_\_
5. Caminar \_\_\_\_\_
6. Hablar \_\_\_\_\_
7. Entrenamiento del tocador \_\_\_\_\_
8. Dar de comer solo \_\_\_\_\_
9. ¿Tienes algún preocupación por su desarrollo de lenguaje? \_\_\_\_\_

¿El paciente hay tenido algún operación? Por favor anótalos.

---

---

---

---

¿El paciente ha tenido alguna hospitalización? Por favor anótalos.

---

---

---

---

---

## Historia Medica del Pasado

¿El/la niño/a ha tenido:

- Varicela
- Rubeola o sarampión
- Rubella
- Meningitis
- Convulsiones
- Contusiones
- Fracturas
- Ingestión de veneno
- Transfusión de sangre
- Anemia, Talasemia, célula falciforme
- Asma
- Enfermedades de los riñones
- Enfermedades del corazón
- Dolores abdominales frecuentes
- eczema
- Migraña o dolor de cabeza
- Estreñimiento o diarrea

## Lista de medicamentos actuales.

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento, vitamina o herba? Por favor anótalos.

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo      Fecha