

## Community Pediatric Specialists

726 Medical Center Drive East, Suite 209 Clovis, CA 93611  
Teléfono: 559.325.5656 | Fax: 559.325.5568



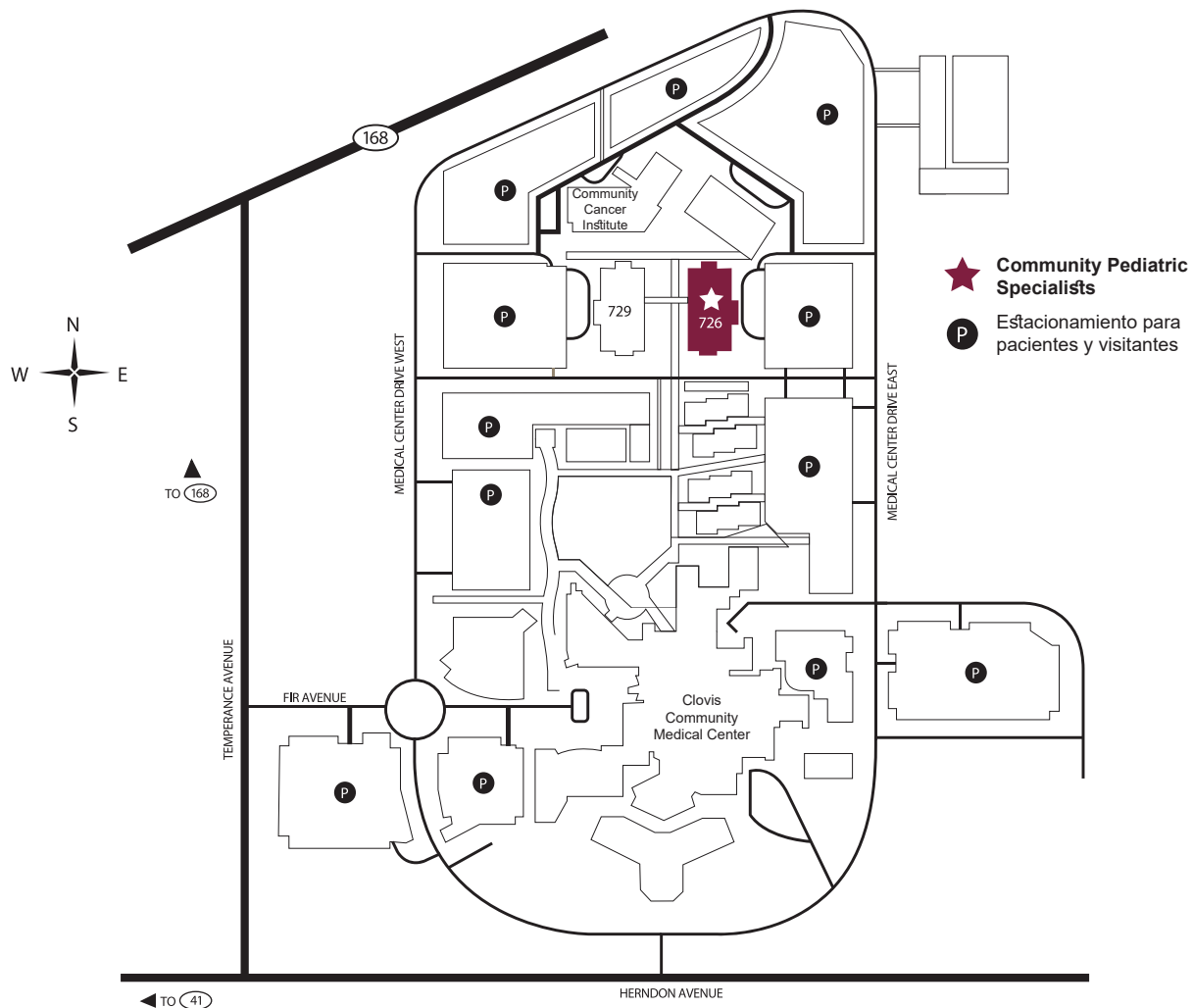
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Usted tiene una cita con: \_\_\_\_\_

Lunes      Martes      Miércoles      Jueves      Viernes      \_\_\_\_\_ a. m / p. m.

### Community Pediatric Specialists

Somos un consultorio de pediatría muy singular, ya que estamos asociados con la UCSF. Todos nuestros médicos pertenecen al cuerpo docente de la UCSF y atienden pacientes, hacen investigaciones y enseñan a la próxima generación de pediatras y especialistas pediátricos. Aproximadamente el 40 % de los médicos se queda en el área donde hicieron su residencia y ejerce la medicina allí. Esto es maravilloso para nuestra comunidad. No solo le ofrecemos a Fresno los conocimientos de la UCSF, sino que estamos creando más pediatras para los miembros más pequeños de nuestra comunidad.



# Community Pediatric Specialists

726 Medical Center Drive East, Suite 209 Clovis, CA 93611  
Teléfono: 559.325.5656 | Fax: 559.325.5568



## Cuestionario sobre la historia médica pediátrica

Fecha:

Nombre del paciente:				
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Peso:	Libras:

### ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de la consulta de hoy (queja principal)

¿Qué síntomas tiene su hijo?

¿Hay algo que mejore o empeore los síntomas?

¿Cuánto hace que tiene los síntomas?

¿Qué pruebas le han hecho (si corresponde)?

¿Qué tratamientos o medicamentos ha recibido? *Mencione los medicamentos actuales abajo.*

### MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre:	Dosis:	Cantidad de veces al día:

¿Qué farmacia prefiere?

### ALERGIAS

¿Es su hijo alérgico a algún **MEDICAMENTO**?  Sí  No      Vacunas: ¿Está su hijo al día para su edad?  Sí  No

Mencione las alergias: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DEL PARTO

<b>EMBARAZO</b>	¿Hubo complicaciones en el embarazo (infecciones, el bebé era muy pequeño, se movía poco)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>PARTO</b>	
	¿Fue el bebé prematuro? ¿Edad gestacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Peso al nacer? __ Lb ____ Oz
	¿Hubo complicaciones después del nacimiento (ictericia, <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No respiración, problemas para comer, infecciones)?	¿Talla al nacer? ____ Pulgadas

## HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

**Marque si alguna vez se sometió a lo siguiente:**

ADHD <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> Bronquiolitis <input type="checkbox"/> Complicaciones por la anestesia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Colitis/Enfermedades de los intestinos <input type="checkbox"/> Condiciones genéticas <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Difteria <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/>	Enfermedad por reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre <input type="checkbox"/> Eccema <input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Exposición a la tuberculosis <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Fiebre del valle <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Infección por estreptococos (recurrente/frecuente) <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/>	Migrañas <input type="checkbox"/> Malformación venosa <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Otitis media <input type="checkbox"/> Presíncope <input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Retraso del crecimiento <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Rinitis <input type="checkbox"/> Rechazo de una vacuna <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Trastornos de los riñones <input type="checkbox"/> Trastornos inmunológicos <input type="checkbox"/>
---	--	---

## HISTORIA QUIRÚRGICA DEL PACIENTE

**Marque si alguna vez se sometió a lo siguiente:**

Adenoidectomía <input type="checkbox"/> Apendicectomía <input type="checkbox"/> Amigdalectomía <input type="checkbox"/> Bomba de baclofeno <input type="checkbox"/> Broncoscopia <input type="checkbox"/> Cirugía abdominal <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón <input type="checkbox"/>	Cirugía ortopédica <input type="checkbox"/> Cirugía para la escoliosis <input type="checkbox"/> Derivación ventriculoperitoneal <input type="checkbox"/> Esofagogastroduodenoscopia (EGD)/Endoscopia <input type="checkbox"/> Gastrostomía <input type="checkbox"/> Laringoscopia <input type="checkbox"/>	Miringotomía (tubos en los oídos) <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Paladar hendido/labio leporino <input type="checkbox"/> Tubo de traqueotomía <input type="checkbox"/> Vía central <input type="checkbox"/>
---	---	--

## HISTORIA FAMILIAR

**Diga si algún familiar directo tiene historia de:**

	Madre	Padre	Hermanos		Abuelos maternos		Abuelos paternos	
			Hermano	Hermana	Abuela	Abuelo	Abuela	Abuelo
Alergias								
Arritmia								
Artritis								
Asma								
Apnea del sueño								
Buena salud								
Cáncer								
Colesterol alto								
Defectos congénitos								
Depresión								
Diabetes								
Desmayos								
Enfermedades mentales								
Enfermedades del corazón								
Fibrosis quística								
Haber sido adoptado								
Historia desconocida								
Hipertensión								
Insuficiencia cardíaca congestiva								
Mareos								
Muerte prematura								
Marcapasos								
Muerte súbita								
Otro								
Pérdida de la visión								
Retraso del desarrollo								

**DESARROLLO/SOCIAL**

**Diga si ha sentido o siente que el desarrollo de su hijo es lento en:**

El habla/lenguaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Las competencias sociales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Las competencias motoras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
¿Está el paciente expuesto a humo de tabaco de segunda mano?		
¿Ha viajado fuera de los Estado Unidos en el último año?		
¿Tiene animales en casa?		

Sus expedientes médicos previos son importantes para darnos un panorama completo de su historia médica pasada y de los tratamientos médicos actuales. ¿Los trajo hoy?  Sí  No

Si no los trajo, hable con el recepcionista y haga los arreglos para darnos esa información.

Completado por (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Community Pediatric Specialists

726 Medical Center Drive East, Suite 209 Clovis, CA 93611  
Teléfono: 559.325.5656 | Fax: 559.325.5568



---

# Consentimiento para obtener tratamiento médico

Este formulario le permite a una persona autorizada obtener tratamiento médico para un niño menor de edad cuando sus PADRES/su TUTOR no puedan llevarlo a una cita.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

En referencia a: \_\_\_\_\_ (Nombre del paciente) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo a la persona que se menciona abajo a obtener tratamiento médico para mi hijo menor de edad en mi ausencia.

Esta autorización les permite a mi médico o al personal de su consultorio revelar los resultados de cualquier prueba al familiar que se menciona y hablar de los mismos con esta persona, incluyendo, entre otros, pruebas de laboratorio, resultados de radiografías, y opciones de tratamiento y diagnóstico durante una visita en el consultorio.

Nombre de la persona que tiene mi permiso para obtener tratamiento médico para mi hijo:

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

Madrastra  Padrastro  Abuela  Abuelo  Tía  Tío

Hermanos (deben ser mayores de 18 años)/Otro (especifique la relación):

\_\_\_\_\_

Esta autorización es válida para (marque alguna):

La visita de hoy solamente  El control del niño sano (examen físico)

Cualquier tipo de cita, fechas específicas \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del padre/la madre/el tutor Testigo miembro del personal/Firma y fecha

Número de teléfono donde podemos comunicarnos con el padre/la madre/el tutor para confirmar esta carta: \_\_\_\_\_

La licencia de conducir la verificó: \_\_\_\_\_