

La siguiente información es muy importante. Favor de llenar la forma lo más completo posible. La información queda estrictamente confidencial y no será divulgada sin su consentimiento. Favor de anotar que al llenar la forma no se podrá archivar en su computadora. Después de completar, llenar la forma, imprimir y traerla con usted el día de su cita.

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____
Peso Actual: _____

La razón porque traigo a mi hijo (a) hoy con el Otorrino es porque:

El problema inicio hace: _____

Medicamento (s) que mi hijo(a) está tomando actualmente:

Medicamento	Dosis
Medicamento	Dosis

Mi hijo (a) es alérgico a lo siguiente:

Medicamento	Reacción
Medicamento	Reacción

Mi hijo (a) ha estado hospitalizado (a) por:

Razón	Fecha
Razón	Fecha

Que medicamentos ha usado en el pasado: (favor de circular todos lo que ha tomado)

Ampicilina	Cefzil	Penicilina	
Amoxilina	Duricef	Sepra	
Augmentin	Erythomyocin	Suprax	
Bactrim	Gantrism	Vantin	
BIaxin	Keflex	Zitromax	
Ceclor	Lorabid	Cedax	Pediazole

Mi hijo (a) no tolera: _____

Reacción cuando toma este medicamento: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Están al corriente con las vacunas? Sí No

Problemas Médicos:

Alergias	Retraso en Desarrollo	Problemas de los Riñones
Asma	Síndrome Down's	Neumonía
Atención de Déficit	Reflujo	Convulsiones
Parálisis Cerebral	Problemas del Corazón	Retraso en lenguaje

Otros problemas Medicos:

Hay problemas de la sangre en paciente? Si No Describir: _____

Hay problemas de la sangre en la familia? Si No Describir: _____

El paciente está expuesto al humo de cigarro? Si No Describir: _____

El paciente está en guardería? Si No # de niños ____ Días a la Semana ____

Historia de Nacimiento:

Prematuro Problemas Respiratorios Neonatales Cuidados Intensivos Neonatales Intubación otro

Describir: _____

Cuanto peso al nacer: _____

Historial Familiar:

Alergias Ambientales Si No Si la respuesta es sí, quién? _____

Asma Si No Si la respuesta es sí, quién? _____

Problemas de los Oídos Sí No Si la respuesta es sí, quién? _____

Otros Problemas: _____

Farmacia que usa: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Padre/Madre/Tutor Legal

Parentesco

Fecha