



Rady Children's Hospital - San Diego
 3020 Children's Way
 San Diego, California 92123-4282

Centro de Urgencias
INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padres / tutores: Al responder estas preguntas con la exactitud, nos ayudará a brindarle la mejor atención posibles a su niño(a)

- Alergias a medicamentos (enumere y diga lo que causan): _____ Ninguna
- Vacunas: Están al día No están al día No estoy seguro(a)
- ¿Cuáles vacunas le faltan? _____
- Médico Primario _____ Teléfono: _____ Fecha de la última cita: _____
- Medicinas actuales y la dosis: _____ Ninguna
- ¿A que enfermedades su hijo/hija ha estado recientemente expuestos? _____
- ¿Qué otras infecciones comunes? _____ Ninguna
- Enfermedades mayores / condiciones médicas _____ Ninguna
- Cirugías anteriores: _____ Ninguna
- Hospitalizaciones (a qué edad y por cuál razón): _____ Ninguna

- ¿Personas principales encargadas del paciente? Madre Padre de sí mismo Otro _____
- ¿Quién es el tutor legal? _____ ¿Quiénes más viven en su casa? _____
- ¿Asiste el paciente a una guardería? Sí No ¿Alguien fuma en su casa? Sí No
- ¿Algunas de las siguientes condiciones médicas corren en la familia?: ¿Si contestó "sí," ¿quién lo padece?

	Sí	No	
Convulsiones (epilepsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras enfermedades serias de la niñez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fallecimiento en niñez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿El / la paciente ha sufrido alguno de estos los síntomas en las últimas 48 horas? (Marque sí o no.)

	Sí	NO		Sí	NO
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción o ronchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción nasal (moco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión (estado de ánimo bajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreciones de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma mas de lo usual? (¿Está más sediento?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangra o forma moretes con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón o dolor de alguna extremidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hasta donde yo sepa, esta información esta completa y correcta.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha _____

I have reviewed the above information and made revisions where appropriate.
 PHYSICIAN SIGNATURE

Date/Time: _____