

Quail Ridge Familia Práctica  
 Mark C Hudson, DO, FAAFP  
 1 Médicos Park - El Cairo, GA 39828  
 Teléfono 229-378-8110 / Fax 229-378-8109

PEDIATRICA HISTORIA DE SALUD DE ACTUALIZACIÓN - ESTABLECIDO PACIENTES

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES**

MEDICAMENTOS	DOSIS	# DE VECES POR DÍA

**Más de los medicamentos**

MEDICAMENTOS	DOSIS	# DE VECES POR DÍA

**Alergias a los medicamentos / SENSIBILIDADES**

MEDICAMENTOS	REACCIÓN

\*\* Por favor, actualice la información en las secciones siguientes si ha habido algún cambio en el último año o desde la última visita del niño.

FECHA	CONDICIONES MÉDICAS
FECHA	Cirugías recientes
FECHA	HOSPITALIZACIONES RECIENTES

**HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA actualización - ESTABLECIDO PACIENTES**

Page 2

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

MIEMBRO DE LA FAMILIA	Vivo / Fallecido	EDAD	PROBLEMA DE SALUD (S)
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanas			
Niños			
Otro			

FECHA	VACUNAS RECIBIDAS EN OTRA PARTE	MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA - Mark Hudson, DO
		Otros médicos que usted ha visto -

**\*\* Desde la última visita, ha tenido el niño cualquiera de los siguientes:**

Reacciones a la anestesia: **SI NO**

Problemas de sangrado: **SI NO**

**HISTORIA SOCIAL -**

¿Es el niño en la escuela o un centro de día? Sí No ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿El niño está haciendo bien en la escuela? Sí No

¿El niño se lleva bien con otros niños? Sí No

El niño ha experimentado alguna vez algún evento traumático, como la pérdida de un ser querido, divorcio, accidente grave, etc? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique -

\_\_\_\_\_

¿El niño tiene alguno de los siguientes problemas?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pesadillas / problemas de sueño | <input type="checkbox"/> Irritable / mal humor        |
| <input type="checkbox"/> problemas de disciplina         | <input type="checkbox"/> Problemas del habla          |
| <input type="checkbox"/> La succión del pulgar           | <input type="checkbox"/> La enuresis                  |
| <input type="checkbox"/> problemas de esfínteres         | <input type="checkbox"/> contención de la respiración |

¿Hay algo que usted necesita para hablar con el Dr. Hudson hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha