



Trinity Pediatrics, PA

Historial Médico Familiar y del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Problemas médicos de los **padres**: _____

Problemas médicos de los **hermanos**: _____

Use esta lista para identificar enfermedades presentes en la familia y en el paciente. Siéntase en la libertad de añadir otras enfermedades que no estén en la lista.

Condición	No	Si afirmativo para PARIENTES : identifique el parentezco	Si afirmativo para el PACIENTE : indique a la edad que se le diagnosticó u observó por 1 ^{ra} vez.
Alergias			
Anemia			
Asma, Enfisema			
Defectos congénitos			
Enfermedades de la sangre			
Enfermedades de los huesos o músculos			
Cancer (especifique)			
Fibrosis Quística			
Diabetes () Adultos () Juvenil			
Alcoholismo o adicción a drogas			
Enfermedades de los ojos u oídos			
Enfermedades del corazón			
Presión alta			
Hiperactividad			
Infecciones (Frecuentes / Severas)			
Enfermedades de los riñones o hígado			
Problemas de aprendizaje			
Enfermedades o retardación mental			
Enfermedades metabólicas o genéticas			
Enfermedades neurológicas			
Obesidad			
Fiebre Reumática			
Anemia falciforme (sickle cell)			
Tuberculosis o exposición a ella			
Enfermedades de la tiroide			
Varicela			

(Complete y explique cuando se aplique al PACIENTE SOLAMENTE)

¿Hospitalizaciones o cirugías? _____

¿Reacciones a medicamentos? _____

¿Reacciones a inmunizaciones? _____

¿Su niño(a) ve y oye bien? _____

¿Opina usted que su niño(a) se está desarrollando normalmente? _____

¿La mayor parte del tiempo le entiende a su niño cuando habla? _____

¿Tiene su niño(a) algún problema actualmente? _____