



Fecha \_\_\_\_\_

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

Nombre de la persona que completo el formulario: \_\_\_\_\_

Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

Doctor primario: \_\_\_\_\_

Doctor que lo recomendó: \_\_\_\_\_

Farmacia que utiliza: \_\_\_\_\_

**Razón de la visita de hoy**

Por favor anote la razón por la cual su hijo(a) visita la clínica de nefrología.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial de Nacimiento/Social**

Tiempo que duro el embarazo: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Que usted sepa, ¿tubo cualquier complicación al nacer?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) sufre de cualquier retraso en su desarrollo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) es adoptado(a)? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Con quién vive su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Ha sucedido algún cambio reciente en la situación familiar o social de su hijo(a)? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Si sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Historial Médico del Paciente**

¿Su hijo(a) ha sido tratado por cualquier de estas condiciones médicas?

<b>Condición Médica</b>	<b>Si/No</b>	<b>Si sí, Por favor explique</b>
Asma/sibilancias recurrentes		
Desorden Sanguíneo/ de Coagulación		
Trasfusiones de sangre		
Cáncer		
Anomalía con las cromosomas		
Enfermedades crónicas		
Anomalías congénitas		
Sordera		
Diabetes		
Problemas del oído/audición		
Epilepsia		
Problemas de los ojos		
Problemas del corazón		
Presión arterial alta		
Hospitalizaciones		
Piedras en los riñones		
Problemas musculares, con los huesos o coyunturas		
Problemas neurológicos o convulsiones		
Infecciones de orina recurrentes		
Otro		

¿Tiene las vacunas al día?      \_\_\_\_\_ Si      \_\_\_\_\_ No

Por favor anote cualquier otra preocupación que tenga sobre su hijo(a) de la cual debemos estar al tanto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Medicamentos Actuales**

Por favor anote cualquier medicamento que su hijo(a) esté tomando, incluya medicamentos sin receta médica.

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>

### **Alergias**

Por favor anote cualquier alergia que su hijo(a) tenga junto con la reacción que presenta.

<b>Alergia</b>	<b>Reacción</b>

### **Historial de Cirugía**

Por favor anote cualquier cirugía que su hijo(a) haya tenido junto con la fecha de la cirugía.

<b>Cirugía/Procedimiento</b>	<b>Fecha de la Cirugía/Procedimiento</b>

### **Lastimaduras/Heridas Severas**

Por favor anote cualquier lastimadura/herida severa que su hijo(a) haya tenido.

<b>Lastimadura/Herida Severa</b>	<b>Fecha</b>

### **Historial Familiar**

¿Cualquier familiar de su hijo(a) (mamá, papá, hermanos, hermanas, abuelos, tíos, tías, etc.) sufren de las siguientes condiciones médicas?

<b>Condición Médica</b>	<b>Si/No</b>	<b>Si sí, ¿quién?</b>	<b>Edad al ser diagnosticado(a)</b>
Anemia			
Moja la cama			
Desordenes de sangrado			
Síndrome de Bright's			
Anomalías congénitas			
Sordera			
Diabetes			
Diálisis			
Paro cardiaco			
Presión arterial alta			
Enfermedad renal			
Fallo renal			
Piedras en los riñones			
Trasplante de riñón			
Infecciones de orina recurrentes			
Otro			