

PATIENT HISTORY: FOLLOW UP
ANTECEDENTES DEL PACIENTE: SEGUIMIENTO

ANTECEDENTES DEL PACIENTE: REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS

Favor de marcar cualquier problema (cuadros) de la lista de abajo que haya afectado significativamente a su hijo(a).
Persona que llena este formulario Paciente Madre Padre Tutor legal Otro _____

Nombre del paciente _____ Fecha _____

General

- Aumento reciente de peso _____ (cantidad)
- Pérdida reciente de peso _____ (cantidad)
- Fiebre
- Infecciones frecuentes
Tipo de infecciones:
____ Infecciones de garganta
____ Infecciones de oídos
____ Infecciones de senos paranasales
____ Neumonía
____ Infecciones de la sangre
____ Infecciones de la piel
____ Infecciones de los huesos

Ojos

- Dolor
- Enrojecimiento
- Comezón en los ojos

Oídos – Nariz – Boca – Garganta

- Sangrados de nariz
- Pérdida del olfato
- Sequedad en la nariz
- Escurrecimiento nasal
- Candidosis bucal
- Ronquera

Cardiovascular

- Alta presión arterial
- Soplos en el corazón
- Dificultad para respirar

Respiratorio

- Tos
- Sibilancia

Gastrointestinal

- Vómito
- Diarrea persistente
- Reflujo

Genitourinario

Únicamente para mujeres:

Edad a la que iniciaron los periodos menstruales:

¿Periodos menstruales regulares? Sí No

¿Cuántos días entre uno y otro? _____

¿Fecha del último periodo menstrual? ___ / ___ / ___

Dermatológico (piel)

- Urticaria
- Eccema
- Sarpullido (otro) _____
- Candidosis

Sistema neurológico

- Dolores de cabeza

Aparato musculoesquelético

- Dolor de las articulaciones
- Hinchazón de las articulaciones

Firma del paciente _____

Iniciales del médico _____

¿Qué ha sucedido desde la última vez que estuvo aquí?

Nombre: _____ **Edad** _____

Desde la última cita, ¿Ha...

(si la respuesta es si, favor de aclarar)

Sí No

- Cambiado de profesional de salud? Médica Nuevo: _____
- Tenido alguna enfermedad? _____
- Sido evaluado por algún profesional de salud? _____
- Tenido radiografías, análisis de laboratorio u otros procedimientos? _____
- Habido cambios en los antecedentes médicos familiares? _____
- Habido cambios en sus antecedentes sociales? _____
- Tenido alguna alergia nueva a algún medicamento? _____

MEDICAMENTOS

Alergias a medicamentos: No Sí ¿A qué _____

Tipo de reacción: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES(Haga una lista de cualquier medicamentos que está tomando. Incluya los productos como aspirina, vitaminas, laxantes, calcio y otros suplementos, etc.)

Nombre del medicamento	Dosis (incluya concentración y cantidad de pastillas al día)	¿Cuánto tiempo ha tomado este medicamento?	Favor de marcar: ¿Ayudó?		
			Mucho	Algo	Nada
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamientos naturales o alternativos (quiropático, imanes, acupuntura, masaje, medicamentos sin receta médica, etc.

