



Sevierville Pediatrics
1115 Blanton Drive, Sevierville, TN 37862
P. 865.453.4434 F. 866.610.2903

Formulario del Historial Médico Para Nuevos Pacientes en Sevierville Pediatrics

Sevierville Pediatrics New Patient Medical History

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ M ( ) F ( ) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HISTORIA DE NACIMIENTO:

Nacido en (hospital, ciudad y estado): \_\_\_\_\_

Parto: ( ) vaginal ( ) con ventosa Edad gestacional: ( ) a término
( ) inducido ( ) con fórceps ( ) semanas
( ) cesárea

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Peso en el momento del alta hospitalaria (si se conoce): \_\_\_\_\_

Estatura al nacer: \_\_\_\_\_

Tipo sanguíneo de la mamá (si se conoce): \_\_\_\_\_

Tipo sanguíneo del bebé (si se conoce): \_\_\_\_\_

Prueba de estreptococos del grupo B: ( ) positiva ( ) negativa ( ) no se conoce

HISTORIA DE EMBARAZO:

Comentarios:

Complicaciones del embarazo ( ) sí ( ) no
Presión arterial alta ( ) sí ( ) no
Diabetes gestacional ( ) sí ( ) no
Consumo de tabaco ( ) sí ( ) no
Consumo de alcohol ( ) sí ( ) no
Otras drogas ( ) sí ( ) no
Complicaciones del nacimiento ( ) sí ( ) no

HISTORIAL MÉDICO PASADO:

Problemas médicos (como asma, alergia estacional, diabetes, etc.): \_\_\_\_\_

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

**HISTORIAL MÉDICO PASADO** (continuado):

Hospitalizaciones previas: ( ) sí ( ) no Comentarios: \_\_\_\_\_

Cirugías previas: ( ) sí ( ) no Comentarios: \_\_\_\_\_

Alergias: ( ) no se conocen alergias a medicamentos Lista: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: (o adjunte la lista)	Nombre	Dosis	Frecuencia
	_____		
	_____		
	_____		

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:**

Por favor, indique si hay un familiar con alguna de las siguientes condiciones:

Condición:	Familiar(es) afectado(s) (especifique maternal o paternal):
Asma	( ) sí ( ) no _____
Enfermedad cardíaca	( ) sí ( ) no _____
Ataque cardíaco	( ) sí ( ) no _____
Diabetes	( ) sí ( ) no _____
Convulsiones	( ) sí ( ) no _____
Trastornos sanguíneos	( ) sí ( ) no _____
Presión arterial alta	( ) sí ( ) no _____
Enfermedad mental	( ) sí ( ) no _____
Cáncer	( ) sí ( ) no _____
Enfermedad renal	( ) sí ( ) no _____
Otra(s) enfermedad(es)	( ) sí ( ) no _____
Comentarios:	

( ) No se conocen problemas de salud en la familia

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_