

**HISTORIA MEDICA (EADADES- RECIEN NACIDOS A 17)**

**Historial del nacimiento:**

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Tiempo de Gestación/Embarazo: \_\_\_\_\_ semanas

Problemas con el embarazo o en el parto:

**Historial médico:**

Escriba todo los problemas médicos que tenga ahora o que padece crónicamente \_\_\_\_\_

Escriba todos los problemas que ha tenido en el pasado, hospitalizaciones o cirugías:

\_\_\_\_\_ Escriba todos los medicamentos recetados que está tomando o que compra sin receta:

Escriba todas las reacciones alérgicas a medicamentos:

¿Quién es el pediatra o médico de cabecera de su niño? \_\_\_\_\_

¿Le da un médico especialista cuidado médico a su niño? \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia que usted usa y número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Historial ocular**

Escriba todos los problemas actuales, pasados o alguna cirugía que ha tenido en los ojos:

Escriba alguna lesión en el ojo que requirió atención médica: \_\_\_\_\_

¿Usa su niño/a anteojos? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad empezó a usarlos? \_\_\_\_\_

**Historial familiar**

Escriba los nombres de todos los hermanos y hermanas (incluya las edades) y los padres (edad opcional) también incluya cualquier problema de los ojos, quién usa anteojos, y cualquier problema médico serio que padezcan. También incluya cualquier problema médico hereditario en la familia.

**Historial social**

¿Va su niño/a a la guardería o escuela? \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted o la maestra alguna preocupación acerca de problemas de aprendizaje de su niño/a?

¿Cuáles son los pasatiempos e intereses de su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Está bien si se le deja mensajes de los resultados y otras cosas en mensaje grabado en su casa y/o en el trabajo?

¿Cuál es la razón de su visita este día? \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

M.D.Initials

**REVISION DE LOS SISTEMAS (EADAES RECIEN NACIDOS- 17)**

¿ En **ESTE DIA** tiene su niño/a algunos de estos síntomas o problemas en estas áreas?

**SI DICE NO, ESCRIBA NO O SI DICE SI, POR FAVOR EXPLIQUE**

**Síntomas Generales** \_\_\_\_\_

(Fiebre, pérdida de peso, pérdida del apetito)

**Oídos, nariz, garganta** \_\_\_\_\_

(Congestión, tos)

**Corazón** \_\_\_\_\_

(Dolor en el pecho, palpitaciones)

**Pulmones** \_\_\_\_\_

(Sibilancia/ silbido del pecho)

**Gastrointestinal/ tracto digestivo** \_\_\_\_\_

(Nausea, vomito, diarrea)

**Tracto Urinario** \_\_\_\_\_

(Problemas para orinar, dolor/ardor al orinar)

**Musculoesquelético/enfermedades reumáticas** \_\_\_\_\_

(Dolor en las articulaciones, inflamación)

**Piel** \_\_\_\_\_

(Salpullido, comezón)

**Neurológicos** \_\_\_\_\_

(Convulsiones, debilidad, "CP," adormecimiento)

**Psiquiátrico** \_\_\_\_\_

(Depresión, problemas del comportamiento)

**Endocrino/Hormonas** \_\_\_\_\_

(Problemas de crecimiento, problemas menstruales, muy caliente, muy friolento)

**Hematológico/** \_\_\_\_\_

( Se le hacen moretones/contusiones o sangra fácilmente)

**Alergias/ sistema inmunológico** \_\_\_\_\_

(Salpullido, comezón, alergia al polen)

Al firmar este documento estoy declarando haber revisado/ escrito en detalle los sistemas del cuerpo descritos anteriormente:

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

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

M.D. Signature

Date

Padres de familia,

Yo recomiendo un examen completo con los ojos dilatados en casi todos los exámenes para pacientes nuevos, con muy pocas excepciones. Las gotas que se utilizan para dilatar los ojos de los niños toman por lo menos 30 minutos para que hagan efecto completamente. Este periodo de tiempo puede ser más largo en niños quienes tienen los ojos más oscuros. Estas gotas son más fuertes que las usadas para los adultos ya que los niños tienen mucha mas habilidad de enfocar los ojos que nosotros. Yo dependo de estas gotas para paralizar el musculo que ayuda al ojo a enfocarse, para así poder obtener una evaluación más correcta del error de refracción o la necesidad de anteojos de su niño. Anticipe que estas gotas le causarán sensibilidad a la luz brillante y visión borrosa la cual empeora cuando se mira de cerca, por aproximadamente 24 horas. Los niños quienes tienen los ojos más claros, el efecto de las gotas les dura más. Cuando salga de la oficina se le proporcionarán gafas para el sol y notas para la escuela. Su primera cita usualmente toma entre una hora y una hora y media. Por favor avise anticipadamente si usted tiene algún problema de tiempo. Nosotros haremos todo el esfuerzo para hacer de su visita una experiencia positiva para usted y para su niño.

**FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA**

**FECHA**