

WINDHAM PRIMARY CARE

387-C Tuckie Road

North Windham, CT. 06226

HISTORIAL MEDICO

Fecha de Hoy: ___/___/___

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Genero: Femenino() Masculino()

Direccion: _____ Telefono: _____

Nombre del Papa: _____ Telefono: _____ Nombre de la Mama: _____ Telefono: _____

Encargado Principal del paciente: _____

Conatcto de Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

MIEMBROS DE LA CASA

Nombre

Age

Relacion al Paciente

Animales en la casa: No() Si() (Gatos)___ (Perro)___ (Otros)___

Algun miembro de la familia fuma, cigarros, puros, pipas: ()Si ()No

El paciente participant en un cuidado de ninos? ()Si ()No Cual: _____

INFORMACION DE PARTO

Problemas con el embarazo: ()Si ()No Especifique: _____

Cuanto tiempo duro el parto: _____ Vaginal () Cesaria () Peso al Nacer: _____ El bebe nacio premature ()Si ()No

Que tan premanturo: _____ Pecho() Formula() Que clase de formula: _____

Complicaciones al nacer: _____

Tiene algun preocupacion con el desarrollo fisico /emocional del nino: ()Si ()No Especifique: _____

Alergias a medicina: _____ Alergias a comida: _____ Enfermedades cronicas: _____ Medicamentos actuales: _____

Hospitaliaciones previas: _____ Sirugias previas/operaciones: _____

HISTORIAL FAMILIAR

(Por favor especifique)

- 1. Asthma ()Si ()No Quien: _____
- 2. Diabetes ()Si ()No Quien: _____
- 3. Sida ()Si ()No Quien: _____
- 4. Enfermedades cardiacas ()Si ()No Quien: _____
- 5. Presion alta ()Si ()No Quien: _____
- 6. Conbulsiones ()Si ()No Quien: _____
- 7. Tuberculosis ()Si ()No Quien: _____
- 8. Enfermedad de la celula hoz ()Si ()No Quien: _____
- 9. Trazos de la celula hoz ()Si ()No Quien: _____
- 10. Cancer de nino/ Cancer ()Si ()No Quien: _____
- 11. Defectos de nacimineto ()Si ()No Quien: _____

Historial copletado por: _____ Relacion al Paciente: _____