

Formulario de antecedentes de nuevos pacientes pediátricos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de registro médico: _____ (si lo sabe)

Servicio de Dermatología de MGH/ MGHfC Formulario de antecedentes de nuevos pacientes pediátricos

PEDIATRA:

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Fue remitido por algún médico al Servicio de Dermatología? ____no ____sí

Los mismos datos anteriores

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Autorizo al Servicio de Dermatología para que deje mensajes en (seleccione):

Teléfono de domicilio: (____) _____ Correo-e: _____

Diurno/Trabajo: (____) _____

Celular: (____) _____

PROBLEMA(S) ACTUALES:Cuál es el motivo de su consulta? _____

ANTECEDENTES:

Tiene algún problema de salud? Encierre en un círculo y complete.

Asma _____ Alergias estacionales _____ Eczema _____ Enfermedad cardíaca _____
Alergia a alimentos/animales (de qué tipo) _____ Otro _____

Ha tenido algún tipo de cirugía? ____no ____sí (enumere) _____

Ha estado hospitalizado alguna vez? ____no ____sí (enumere) _____

Sufre de alguna enfermedad del corazón? ____no ____sí

Debe tomar antibióticos antes de ir al dentista? No ____Sí (Por qué?) _____

Ha tenido quemaduras solares con ampollas? ____no ____sí

MEDICAMENTOS: Habitualmente toma medicamentos recetados o de venta libre?

Enumere

(1) _____ (2) _____ (3) _____

(4) _____ (5) _____ (6) _____

Tiene alergia a algún medicamento? ____no ____sí Si contestó sí (enumere) _____



ANTECEDENTES FAMILIARES: Hay alguna enfermedad recurrente en su familia? no sí
(enumere)

Ud. o alguno de sus parientes consanguineos tiene melanoma? no sí (parentesco) _____
Ud. o alguno de sus parientes consanguineos tiene cáncer de piel? no sí (parentesco) _____
Ud. o alguno de sus parientes consanguineos tiene psoriasis? no sí (parentesco) _____
Ud. o alguno de sus parientes consanguineos tiene eccema? no sí (parentesco) _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

Escolaridad: _____
Fuma? no sí

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:

Actualmente o en el pasado, usted ha tenido problemas con cualquiera de lo siguiente: **Describe**

Salud en general no sí _____

Ojos no sí _____

Oído/Nariz/Garganta/Boca no sí _____

Corazón no sí _____

Hígado no sí _____

Pulmones no sí _____

Estómago/intestinos no sí _____

Riñones no sí _____

Dolor de cabeza/convulsión no sí _____

Trastorno psicológico no sí _____

Tiroides/diabetes no sí _____

Sangre/trastornos hemorrágicos no sí _____

Mujeres: está embarazada? no sí _____

**Autorizo al Servicio de Dermatología para que
divulgue mi información clínica a los médicos
remitentes.**

X

FIRMA DEL PACIENTE Fecha de hoy Physician's Signature (*Firma del médico*)