

Fecha de hoy _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de la persona responsable de la cuenta: _____

Relación con el paciente: _____ Correo electrónico (opcional): _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

HISTORIAL MÉDICO

1. Estatura: _____ Peso: _____

2. ¿Su niño o adolescente está actualmente bajo el cuidado de un médico por una afección específica?
Sí **No**

3. ¿Fecha del último examen físico/chequeo? _____

4. ¿Fecha del último resfriado, tos o fiebre? _____

5. Médico: _____ Número de teléfono: _____

6. Describa el nivel de actividad de su niño o adolescente:

Siempre cansado / Frecuentemente cansado / Activo / Muy activo

7. ¿Ha habido algún cambio en la salud de su niño o adolescente en el último año? **Sí** **No**

8. ¿Su niño o adolescente ha tenido alguna hospitalización o cirugía?
a. Si es así, ¿cuándo y por qué? _____ **Sí** **No**

9. ¿Su niño o adolescente tiene algún problema cardíaco? **Sí** **No**

a. Si es así, encierre en un círculo- **arritmias / enfermedades cardíacas congénitas / soplos**
Otra _____

Historial médico pediátrico y adolescente

¿Su niño o adolescente tiene una enfermedad o síntomas pulmonares? **Sí** **No**

- i. Si es así, encierre en un círculo- **asma / bronquitis / fibrosis quística / resfriados frecuentes/ gripe / tos persistente / sibilancias / otro** _____

10. ¿Alguna vez le han diagnosticado apnea del sueño a su niño o adolescente? **Sí** **No**

11. ¿Alguna vez le han diagnosticado a su niño o adolescente alguno de los siguientes problemas médicos, o los ha tenido?

- | | |
|--|------------------------------------|
| a. Artritis | h. Síndrome de Down |
| b. Autismo | i. Episodios de desmayos |
| c. Problemas de sangrado / Moretones con facilidad | j. Hepatitis / Problemas hepáticos |
| d. Enfermedades de la sangre | k. Problemas en los riñones |
| e. Cáncer | l. Debilidad muscular |
| f. Parálisis cerebral | m. Convulsiones / Epilepsia |
| g. Diabetes | n. Otra _____ |

12. Indique todos los medicamentos que su niño o adolescente está tomando actualmente:

13. ¿Su niño o adolescente es alérgico a medicamentos o alimentos? **Sí** **No**

- a. Si es así, indique todas las alergias _____

14. ¿Usted o un pariente cercano alguna vez han tenido una mala reacción a algún medicamento anestésico?

- Sí** **No**

16. ¿Le han administrado anestesia general a su niño o adolescente anteriormente? **Sí** **No**

- a. Si es así, ¿hubo alguna complicación? **Sí** **No**

La información contenida en este cuestionario es exacta a mi leal saber y entender y la retención de cualquier información podría resultar en lesiones o muerte. Entiendo que la información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar al médico de cualquier cambio en el estado médico de mi niño o adolescente, lo antes posible.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Revisado por el anestesiólogo

Fecha