

**UPDATE HISTORY & PHYSICAL: Complete each time a returning patient is seen.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Pt. prefiere ser llamado: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro social# \_\_\_\_\_

Nombre de padres: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(Correo electrónico) \_\_\_\_\_ Celular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador suscriptor: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Persona responsable para el pago de cuenta: Nombre: \_\_\_\_\_

Es su hijo actualmente tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_ Lista: \_\_\_\_\_

Tiene su hijo alguna alergia a algún medicamento? Explicar: \_\_\_\_\_

Tiene su hijo un recién diagnosticado síndrome? \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

**Si su hijo tiene o ha tenido su hijo alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones?**

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Anemia                                | VIH/SIDA                            |
| Asma                                  | Hiperactividad/ADHD                 |
| Autismo                               | Enfermedad del riñón                |
| Defectos de nacimiento                | Problemas de aprendizaje            |
| Problemas de sangrado                 | Enfermedad del hígado               |
| Trastornos de la sangre               | Retraso mental                      |
| Transfusiones de sangre               | Distrofia muscular                  |
| Cáncer                                | Embarazada                          |
| Parálisis cerebral                    | Problemas psiquiátricos             |
| Infecciones crónicas del oído         | Terapia de radiación                |
| Fibrosis quística                     | Fiebre reumática                    |
| Desarrollo del lenguaje               | Convulsiones                        |
| Retsaso                               | Enfermedad de transmisión sexual    |
| Diabetes                              | Anemia de células falciformes       |
| El síndrome del down                  | Trastornos de la piel               |
| Problemas emocionales                 | Apnea del sueño                     |
| Epilepsia                             | Ronquidos                           |
| Sonda de gastrostomía de alimentación | Spina Bífida                        |
| Perdida/discapacidad auditiva         | Tuberculosis                        |
| Condición/soplo cardíaco              | Tumores                             |
| Hepatitis                             | Tratamiento con rayos X (No dental) |
| Herpes                                | Lista de alergias: _____            |
| Presión arterial alta                 | _____                               |
|                                       | _____                               |

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor (si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha