

Pacientes nuevos y actuales

Fecha de hoy: _____



Visita de hoy - completar uno por cada visita

Nombre de Paciente: _____ Fecha Nac: ____/____/____ Masculino / Femenino Edad: _____

Nombre de la persona que completa la forma: _____ Relación con paciente: _____

Escuela / Cuido Diurno: _____ Grado: _____ Ninguno

Razón de visita de hoy: Niño/a Sano Enfermo Examen Físico Otro: _____

¿Qué te trajo al doctor en el día de hoy? (Por favor circule todas las que apliquen)

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|---|------------------------------|
| Inquietud o Irritabilidad | Fiebre | Poco apetito | Poco sueño |
| Problemas de audición | Problemas con la visión | Drenaje del ojo | Quejas del oído |
| Nariz congestionada | Congestión nasal | Dolor de garganta | Dolor en el pecho |
| Palidez | Cansado fácilmente | Rápido/irregular ritmo cardiaco | Sibilancias |
| Vómitos | Tos | Exposición al humo del tabaco | Dolor abdominal |
| Disminución de orina | Estreñimiento | Diarrhea | Dolor al orinar |
| Debilidad | Sangre en orina | Hinchazón en las articulaciones | Dolor pierna/brazo/espalda |
| Erupción | Dificultad al caminar | Acné | Verrugas o lesiones cutáneas |
| Mareos | Comezón / picor | Dolores de cabeza | Convulsiones |
| Inflamación de ganglios linfáticos | Desmayos | Sangrado facilmente | Dificultades en la escuela |
| Frecuentes resfriados | Excesivos moretones | Historial de infecciones serias | Preocupaciones con el habla |
| Retraso en el desarrollo | Alergias | Problema emocionales/
comportamiento | Trastornos del sueño |
| Congestión en el pecho | | | |

Otro: _____

Duración de los síntomas: _____

Alergias: _____

Solamente para pacientes establecidos:

Actuales medicamentos, vitaminas o suplementos dietéticos: _____

Para ser completado por el enfermero/a:

Signos vitales Peso: _____ lbs ____ oz Estatura: _____ in. Temp: _____ Pulso Ox% _____

Presión arterial: _____ / _____ HC _____ in. Pulso: _____ Frecuencia respiratoria: _____

Se discutieron los riesgos y beneficios de la inmunización: SÍ NO

La información de la vacuna / consentimiento de la inmunizaciones fue dada por: X _____

Pacientes nuevos y actuales

Fecha de hoy: _____



**ARKANSAS
PEDIATRIC
CLINIC**

Desde su última visita, ¿Ha sido su hijo/a tratado por algún otro médico o proveedor?

Oftalmólogo	_____	Ultima visita	_____
	(Nombre)		
Alergista/Asma	_____	Ultima visita	_____
	(Nombre)		
Gastronterólogo	_____	Ultima visita	_____
	(Nombre)		
ENT	_____	Ultima visita	_____
	(Nombre)		
Ginecólogo	_____	Ultima visita	_____
	(Nombre)		
Cardiologo	_____	Ultima visita	_____
	(Nombre)		
Servicios de Salud Mental	_____	Ultima visita	_____
	(Nombre)		
Terapias recibidas (OT,DT,PT,ST)	_____	Ultima visita	_____
	(Nombre)		
Otros	_____	Ultima visita	_____
	(Nombre)		

¿Tuvo alguna cirugía u hospitalizaciones desde su última visita?

_____ Fecha de ocurrencia: _____

_____ Fecha de ocurrencia: _____

¿Tuvo alguna lesión desde su última visita?

_____ Fecha de ocurrencia: _____

_____ Fecha de ocurrencia: _____

_____ Fecha de ocurrencia: _____

¿Se ha diagnosticado a su niño con cualquier afección médica nueva desde su última visita?

_____ Fecha del diagnóstico _____