

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/<br>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 \_\_\_\_\_