



*Centro Naturopático Atabey*  
**Dra. Brooke Leason, ND**

PROFILE de PACIENTE PEDIÁTRICO

Fecha \_\_\_\_\_

**Nota para los padres:** Favor completar este cuestionario los mas detalladamente posible. Este es un record confidencial de la información médica de su hijo/a. No será compartida excepto bajo las guías de las notificaciones de actas de privacidad.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Mejor forma de contactarlo/a? \_\_\_\_\_

Favor circular el mejor número de teléfono donde podamos dejar un mensaje detallado sobre el cuidado medico de su hijo/a.

Otros médicos del cuidado actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Razón por su visita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Favor continuar con las siguientes páginas sobre la historia de salud de su hijo/a y información básica.



**Enfermedades de Infancia (Favor marcar si su hijo/a ha tenido de las siguientes:**

- |   |                                    |   |  |
|---|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Varicela   | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Farfollota                                 | <input type="checkbox"/> Rubéola             |
| <input type="checkbox"/> Fiebre<br>escarlatina                            | <input type="checkbox"/> Pulmonía  | <input type="checkbox"/> Catarro<br>frecuente                       | <input type="checkbox"/> Fiebre<br>reumática |
| <input type="checkbox"/> Tonsilitis/<br>estreptococia<br># de veces _____ |                                    | <input type="checkbox"/> Infecciones<br>de oído<br># de veces _____ |  |

**Alguna vez le han hecho uno de estos exámenes a su hijo/a ?**

	<b>Cuándo?</b>	<b>Donde?</b>	<b>Resultados</b>
Electroencefalograma (EEG)	_____	_____	_____
Evaluación psicológica	_____	_____	_____
Audición	_____	_____	_____
Verbal/Lengauje	_____	_____	_____
Visión	_____	_____	_____

**Lesiones pasadas/cirugías/hospitalizaciones:** \_\_\_\_\_

**Historia de Embarazo:**

# de embarazos de madre: \_\_\_\_\_ Abortos o complicaciones: \_\_\_\_\_  
Edad de madre para parto: \_\_\_\_\_ Medicaciones durante el parto (favor  
listar): \_\_\_\_\_

**Salud de madre durante embarazo:**

- |   |   |                                       |  |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado                 | <input type="checkbox"/> Náusea                       | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Consumo de<br>alcohol, cigarrillos,<br>drogas recreativas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de<br>tiroides | <input type="checkbox"/> Trauma físico o<br>emocional | <input type="checkbox"/> Diabetes     |  |

**Historia de parto:**

Término:  Temprano  a Término  Tarde  
Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ oz.  
Duración de trabajo de labor: \_\_\_\_\_  
Complicaciones: \_\_\_\_\_

**Su hijo/a ha tenido uno de los siguientes problemas?**

- |  |                                      |  |                                       |
|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Defecto de<br>nacimiento  | <input type="checkbox"/> "Blue Baby" | <input type="checkbox"/> Parálisis<br>cerebral | <input type="checkbox"/> Ictericia    |
| <input type="checkbox"/> Lesiones de<br>nacimiento | <input type="checkbox"/> Alergias    | <input type="checkbox"/> Diarrea               | <input type="checkbox"/> Ronchas      |
|  | <input type="checkbox"/> Cólicos     | <input type="checkbox"/> Fiebre                | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
|  |                                      |  | <input type="checkbox"/> Otro _____   |

Detalles: \_\_\_\_\_

**Patrones de Sueño de su hijo/a (en primer año) :** \_\_\_\_\_

**Alimentación:** Lactado? S N Cuánto tiempo?\_\_\_\_\_ Formula? S N  
leche/soya/otro

Edad su hijo/a comenzó: Comidas sólidas:\_\_\_\_\_ Sentarse:\_\_\_\_\_  
Gatear:\_\_\_\_\_ Caminar:\_\_\_\_\_ Primeras palabras:\_\_\_\_\_

**Favor describir la dieta típica de su hijo/a:**

Desayuno:\_\_\_\_\_

Almuerzo:\_\_\_\_\_

Cena:\_\_\_\_\_

Merienda: Mañana\_\_\_\_\_ Tarde\_\_\_\_\_ Noche\_\_\_\_\_

Típica cantidad de liquido

:\_\_\_\_\_

#Orina/día:\_\_\_\_\_ #Evacuaciones/día:\_\_\_\_\_ Color:\_\_\_\_\_ Sangre en evacuación? S N  
Mocos en evacuación? S N

**Historia Familiar**

- |   |  |  |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias               | <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Hepatitis     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Presión alta  | <input type="checkbox"/> Otro         |
| <input type="checkbox"/> Artritis               | <input type="checkbox"/> Enf. Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia  |                                       |
|   |  | <input type="checkbox"/> Enf. Mentales |                                       |

Detalles:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hay otros detalles sobre su hijo/a que debemos de saber antes de conocerlo/a?