

Historial Pediátrico Ortopédico

Nombre del niño/a: _____ Fecha de hoy: _____ MRN: _____

SS# de Niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Altura: _____, Peso: _____, Temperatura: _____ Dirección de E-mail: _____

Nombre del pediatra/dirección/teléfono _____

Dolencia Principal

¿Por qué está visitando hoy al doctor? _____

Síntomas/dolencias & fecha en la que aparecieron: _____

Sí es una lesión, ¿como ocurrió? _____

¿Ha visto a otro doctor (incluso en un ER) por esta razón? en caso afirmativo, ¿quién, donde y que tratamiento le fue recetado? _____

Historial Médico del paciente

Alergias: _____ Reacción: _____

Alergia al latex: SI NO Dieta: _____

Medicaciones	Dosis	Ruta	Cuanto tiempo?	Efectos secundarios
--------------	-------	------	----------------	---------------------

Duración del embarazo de la madre: _____ Tipo de parto: _____ Peso al nacer: _____

Angustia fetal: No __, Si __ Complicaciones: _____

Operaciones/Hospitalizaciones	Año	Complicaciones
-------------------------------	-----	----------------

Historial Médico Familiar

Estado de salud/Problemas medicos significantes o causas de muerte de miembros familiares:

Salud de la madre del paciente: _____ & Salud del padre: _____

Salud del hermano/hermana del paciente: _____

Abuelos-Padres de la madre: _____

Abuelos-Padres del padre: _____

Otro familiares: _____

Historial Social

Curso en la escuela _____ N/A _____ Clase especial _____ Intervención temprana _____

Empleo/Ocupación _____ Idioma: Inglés Español Otro _____

¿Quién vive en la casa con usted? _____

¿Practica algún ejercicio/ Deportes? No _____ Si _____ Diario _____ Semanal _____ Mensual _____ Pocas veces _____

Tipo de ejercicio/ deportes: _____

Historial Pediátrico Ortopédico

Nombre del niño/a: _____ Fecha de hoy: _____

Resumen de los sistemas para el paciente

Ha tenido algún problema con su: (Señale si o no.Describa los si mas abajo.)

Ojos: N Y Corazón/Cardiaco: N Y Debilidad muscular: N Y
Oídos,Nariz,Garganta:N Y Pulmones, Respiración:N Y Neurológico: N Y
Digestión: N Y Erupciones/Problemas de piel: N Y Paralisis/Hormigueo: N Y
Vejiga: N Y Dolores en la espalda:N Y Comportamiento/Psicológico N Y
Entrañas: N Y Problemas al andar: N Y

¿Tiene alguna otra condición médica?: N Y _____

Para pacientes femeninos: Fecha del primer periodo menstrual _____

¿Utiliza aparatos de asistencia o ortopédicos? Tipos y formas en los que los usa:

Recibe tratamiento de terapia física? No Si Frecuencia _____ ¿Terapia Ocupacional? No Si Frecuencia _____
¿Terapia del habla? No Si Frecuencia _____

Datos de desarrollo:

0 – 6 Meses	N	S	7 - 15 Meses	N	S	16 - 24 Meses	N	S
Control de cabeza			Se sienta solo			Anda bien		
Sigue visualmente los juguetes			Gatea			Usa cubiertos		
Alcanza objetos			Tira para levantarse			Sube escaleras		

¿Preocupaciones especiales concernientes al desarrollo? _____

Firma de padres/ tutor _____

Fecha: _____

Revisado por: _____ M. D.

Fecha: _____