



# ADVANCED PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY



Nombre de Paciente : \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

¿Cuál sería el mejor número de teléfono para estar en comunicación ? \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sex (M/F): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Información sobre La Madre

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de trabajo: \_\_\_\_\_

## Información sobre el Padre

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de trabajo: \_\_\_\_\_

## Información sobre su Asegurancia

Poliza Primaria: \_\_\_\_\_ Titular de Poliza: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Poliza Id: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Empleador de poliza: \_\_\_\_\_

Poliza Secundaria : \_\_\_\_\_ Titular de Poliza: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Poliza Id: \_\_\_\_\_

Nuemro de Groupo: \_\_\_\_\_ Empleador de poliza: \_\_\_\_\_

Porfavor de describrer la razon principal de su visita hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Informacion sobre Su Primario

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

Direccion de Primario: \_\_\_\_\_

Numero de Primario: \_\_\_\_\_ Fax de oficina: \_\_\_\_\_

Pharamacia de Preferencia

Nombre de Pharamacia: \_\_\_\_\_

Las calles que se crucen: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Numero de Pharamacia: \_\_\_\_\_

Allergias a Medicamento

Tipo de Reacion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergias a comida

Tipo de Reacion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Formula de infantes & porfar de describer alguna reacion negativa

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

Cirugias y Hospitliazaciones:

Fecha:

---

---

---

---

---

---

Porfavor de hacer una lista de medicamentos que consumen

Cauntas veces por dia ?

---

---

---

---

---

---

Historial Medico ( Porfavor de indicar Si/No)

Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ Prematuro SI/NO Cauntas semanas prematuro: \_\_\_\_\_

Si el paciente es infante , ella/el evacuron hueces despues del nacimiento? SI/NO

Si el paciente es infante, ella/el tienen ictericia prolongada después del nacimiento? SI/NO

Porfavor de inidcar SI/NO si el paciente tiene algunas de las indicaciones/diagnosis

General	Si	NO
Perdida de peso	_____	_____
Fiebre	_____	_____
Fatiga	_____	_____
Moretones/Desangramiento	_____	_____

Head and Neck

Gaffas	_____	_____
Congestatcion	_____	_____
Infeccion de sinsual	_____	_____
Frequente Toz	_____	_____

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

Caries dental	_____	_____
Ulceras de boca	_____	_____
Piel		
Comezon	_____	_____
Erupciones	_____	_____
Neurologia		
Dolor de cabeza	_____	_____
Asedios	_____	_____
Psiquiatra		
Ansiedad	_____	_____
Depression	_____	_____
Cardiac		
Murmurar	_____	_____
Presion alta	_____	_____
Cambios		
en ritmo cardiaco	_____	_____
GI		
Dolor abdominal	_____	_____
Diarrea	_____	_____
Constipacion	_____	_____
Itericia prolongada	_____	_____
Vomito	_____	_____
Acidez/Dolor de pecho	_____	_____
Falta de Appetito	_____	_____
Problemas para tragar	_____	_____
Gentiourin(a/o)		
Difficultad para urinar	_____	_____

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

Sangre en urina \_\_\_\_\_

Infeccion en urina \_\_\_\_\_

Menstrual Abnormal \_\_\_\_\_

Musculos/Articulaciones

Articulaciones rojas \_\_\_\_\_

Articulaciones hinchadoz

Cambio de estado de animo \_\_\_\_\_

Dolor de musculos \_\_\_\_\_

Porfavor de Usar los simbolos: M= Madre, P=Padre, HA=Hermana, Ho=Hermano, AM=Abuela Maternal ,AMO= Abuelo maternal, TM=Tio Maternal, TiM=Tia maternal, Tp=Tio Paternal, Tpa=Tia Paternal, O=otros parientes en la familia (Ejemplo =prim(a,o)).

Porfavor de indicar con los simbolos indicados por algun familiar que tenga el trastorno listado

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_