

Formulario del Intervalo Historial

Nombre: _____ FDN: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Persona llenando: _____ Relación con el paciente: _____

Pediatra que lo refirió: _____

Otros médicos a recibir el reporte, y #(s) de fax: _____

Razón por la visita de hoy: _____

Desde la última visita cómo esta el sueño (marque uno): Mejor Sin cambios/estable Peor

Eventos médicos desde su última visita

Enfermedades:	No	Sí	Fechas/Describir:
Hospitalizaciones/Cirugía:	No	Sí	Fechas/Razones:
Alergias a medicamentos:	No	Sí	Describir:
Immunizaciones:	Estan al día		No estan al día

Medicinas actuales /Suplementos (dar la cantidad, qué frecuencia o si se toma sólo "cuando se necesita")

No esta tomando ninguna medicina Ningun cambio en las medicinas desde la última visita

NOMBRE	potencia / Dosis	Frecuencia (que seguido)

Otras terapias: (marque y escribe las saturaciones si es aplicable)

CPAP: _____ BiPAP: _____ Oxígeno: _____ VENTILADOR: _____ Otro: _____

Revisión de los Sistemas (Haga un círculo en la respuesta correcta)

No hay cambios desde la última visita

Salud general	Buena	Siempre Cansado	Apetito: Bien	Malo	Peso: Normal	Menos	Más
Piel	Normal	Eczema	Seca	picazón en la noche			
Ojos	Normal	Anteojos	Lentes de Contacto	Discapacidad Visual			
Orejas, nariz, garganta	Normal	Infección al oído	Perdidad auditiva	Naríz congestionada	Goteo Postanasal		
	Sinusitis	Respira por la boca	Adenoides grande	Amígdolas grandes	Infecciones a la garganta frecuentes		
Cuello	Normal	Regidez	Glándulas inflamadas	Traqueotomía			
Respiratorio	Normal	Asma	Toz	Silbido	Falta de aliento		
Cardiovascular	Normal	Soplo	Defecto Congénito del corazón	Colapso cardiaco	Desmayo		
	Hipertensión						
Gastrointestinal	Normal	Diarrea	Extreñimiento	Vomitos	Acidez	Escupe	Regurgita G-tubo
Genitourinario	Normal	Orina en la cama	Dolor al orinar	Infección de vejiga			
Musculoesquelético	Normal	Scoliosis	Dolor de Espalda	Arthritis			
Neurológico	Normal	Dolor de cabeza	Convulsiones	Debilidad	Retraso en el desarrollo		
	Hiptonía						
Psiquiátrico/Comportamiento	Normal	Depresión	Ansiedad	ADHD	ADD	Autismo	Problemas de conducta
Endocrino	Normal	Diabetes	Hipotiroidismo				
Hematología	Normal	Anemia	Immunodeficiencia				
Genética	Normal	Otro:					
Otros problemas:							

Formulario del Intervalo Historial – 2

Nombre: _____

Historia Medica de la familia

Sin cambios desde la última visita Cambios desde la Última visita _____

Historia del ambiente social (Marque las respuestas apropiadas)

Sin cambios desde la última visita

¿Cambios en cuántos miembros de familia viven en su casa? No Sí		Si así lo es, describir:			
Notas de la escuela	Bueno	Regular	Malos		
Expuesto a los cigarrillos	No	Sí	¿El paciente fuma?	No	Sí