

Ronald McDonald Care Mobile

1675 W. Dempster ~ Park Ridge, IL 60068
Telefono 847-723-7358 ~ Fax 847-723-9459

4440 W. 95th Street ~ Oak Lawn, IL 60453
Telefono 847-723-7358 ~ Fax 708-684-4716

Formulario de antecedentes del niño

***Tiene que llenar toda la información para que podamos atender a su hijo(a)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Hombre__ Mujer__
Dirección _____ Ciudad _____ Cód. post _____

¿Cuando fue la Última visita de su hijo al medico regular? _____ Motivo _____

Última consulta con el dentista _____ Último examen de la vista _____

¿Cuantos días ha su hijo perdido de las escuela en el año pasado? _____ Razón(es) _____

¿Cuantas veces a llevado a su hijo a la sala emergencias en el año pasado? _____ Razón(es) _____

¿Ha tenido algún problema médica o enfermedades graves?

Asma	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Defectos congénitos	Sí	No	Problemas del corazón/falta de aliento	Sí	No
Pérdida de la función de una parte del cuerpo	Sí	No	Soplo en el corazón, presión alta	Sí	No
Anemia drepanocítica/hemofilia	Sí	No	Mareo o dolor en el pecho al hacer ejercicio	Sí	No
Problemas de los huesos o articulaciones	Sí	No	Problemas de los oídos o de audición	Sí	No
Retraso del desarrollo	Sí	No	Problemas de los ojos o de la vista	Sí	No

¿Ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía? _____

Medicamentos que toma (anote todos) _____

Alergia a algún medicamento/alimento/otro tipo (anote todas) _____

Reacción a vacunas anteriores: (encierre las que correspondan) fiebre de más de 104 °F, convulsiones, reacción alérgica grave, erupción cutánea o cambio de estado mental. Otra _____ Ninguna _____

Antecedentes familiares del niño: Anote en la tabla la letra del miembro de la familia que tiene el problema —**Madre, Padre, Ha** para hermana, **Ho** para hermano, **Abuelo(a), Ta** para tía, **To** para tío.

Cardiopatía	Asma
Accidente cerebrovascular	Convulsiones
Presión arterial alta	Cáncer
Diabetes	Otra

¿Algún miembro de la familia falleció súbitamente antes de los 50 años? Sí _____ No _____ Si es afirmativo, ¿cuál fue la razón? _____

¿Alguna otra cosa que quiera informarnos sobre su hijo(a) o alguna preocupación en especial? _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre (con letra de imprenta) _____

FOR OFFICE USE ONLY (SOLA PARA EL USO DE LA OFICINA):

Above patient history reviewed ()

Current Complaints: _____

() School performance assessed () Nutrition/activity assessed () Development for age assessed () Behavioral concerns

Adolescents: HEADSS assessment: _____ () no concerns

Physical Exam positive findings (see school form for vitals): _____

Assessment: () Well Child/Adolescent () Overweight () Nutritional Risk () Other _____

Plan: Immunizations: _____ Screenings: () Hgb () Lead () Glucose () STI

Health Education: () Nutrition () Activity () Safety () Safe Sex () _____

Follow-up (also see referral/parent notification form): _____

Provider _____ Printed Name _____ Date _____