

HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLOGÍA

Fecha: _____ Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

Pediatra/Médico de familia: _____

Nombre y dirección de la farmacia: _____ Teléfono: _____

¿Ha visto a uno de nuestros proveedores en el pasado? Si No

¿Está su hijo actualizado en vacunas? Si No

¿Está el niño expuesto a humo ajeno? Si No

Historia Quirúrgica:

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Paciente sin cirugías. | <input type="radio"/> Cirugía sinusal | <input type="radio"/> Cirugía vías respiratoria | <input type="radio"/> Derivación VP |
| <input type="radio"/> Cirugía de oído | <input type="radio"/> Inserción tubo auditivo | <input type="radio"/> Amígdalas removidos | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Reparación labio leporino/
paladar hendido | <input type="radio"/> Cirugía del corazón | <input type="radio"/> Adenoides removidos | |

Alergias: No se conocen alergias _____

Medicamentos: No hay medicamentos en el momento _____

Por favor marque cualquier síntoma que actualmente presente el paciente:

General:

- Fiebres
- Escalofríos
- hinchazón
- Anorexia
- Fatiga
- Somnolencia
- Problemas de sueño
- Malestar
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Retraso en el habla

Ojos:

- Dolor de ojo
- Pérdida de visión
- Lágrimas excesivas
- Desenfoque
- Diplopía
- Irritación
- Descarga
- Fotofobia

Genitourinario:

- Infecciones del tracto urinario
- Incontinencia

Oídos/Nariz/Garganta:

- Dolor de oído/secreción
- Zumbido
- Disminución de la audición
- Obstrucción o secreción nasal
- hemorragias nasales
- Dolor de garganta
- Ronquera
- Dificultad para tragar

Cardiovascular:

- Dolor de pecho
 - Palpitaciones
 - Síncope
 - Disnea por esfuerzo
 - Ortopnea
 - Edema periférico
- #### Respiratorio:
- Tos
 - Dificultad para respirar
 - Espujo excesivo
 - Hemoptisis
 - Sibilancias

Gastrointestinal:

- Náusea
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Cambio en los hábitos intestinales
- Dolor abdominal
- Melena
- Hematoquecia
- ictericia

Musculo esquelético:

- Dolor de espalda
- Dolor articular
- Hinchazón articular
- Calambres musculares
- Debilidad muscular
- Rigidez

Piel:

- Erupción
- Picazón
- Úlceras/Crecimientos
- Cicatrices excesivas
- Problemas de sangrado
- Sequedad
- Lesiones sospechosas

Neurológico:

- Parálisis
- Debilidad
- Convulsiones
- Síncope
- Temblores
- Vértigo

Psiquiátrico:

- Depresión
- Ansiedad
- Pérdida de memoria
- Alteración mental
- ideación suicida
- Alucinaciones
- Paranoia

Endocrino:

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Polidipsia
- Polifagia
- Poliuria
- Cambios de peso

Hemo/Linfático:

- Hematomas anormales
- Sangrado
- Ganglios linfáticos agrandados



Comprobación de la información del paciente

Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

Actualmente usando el mismo seguro que antes YES NO

Si la respuesta es NO, complete lo siguiente:

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Nombre del plan: _____ Número de póliza: _____

Número de seguro social del asegurado: _____

¿Tienes un seguro secundario? En caso afirmativo, complete el seguro secundario:

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Nombre del plan: _____ Número de póliza: _____

Número de seguro social del asegurado: _____

Mi dirección actual es: _____

Número de teléfono actual: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del miembro del personal: _____ Fecha: _____