

Formulario Pediátrico de la Historia Clínica del Paciente

Nombre Completo del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Ciudad de nacimiento/país: _____ Hospital de nacimiento: _____
 ¿El bebé fue prematuro? _____ Nombre de la madre al momento del nacimiento: _____
 Problemas médicos al nacer: _____
 Su nombre: _____ Relación con el niño(a): _____

Historial Médico de la familia (Díganos qué pariente tiene alguno de estos problemas):

<input type="checkbox"/> Diabetes desde niño/adolescente	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad/Bipolar/TDAH	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Célula falciforme o rasgo
<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas/fumar/Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca o muerte súbita
<input type="checkbox"/> Migrañas	Otros: _____

Salud del niño(a):

Oficina(s) del médico anterior del niño(a): _____
 Cirugía anteriores (fechas aproximadas y para qué): _____
 Hospitalizaciones durante la noche (cuándo y para qué): _____
 Antecedentes de enfermedades crónicas (ej. anemia, drepanocítica, pérdida auditiva, asma, TDAH): _____
Medicamentos que el niño(a) ha tomado en el pasado: _____
Alergias a medicamentos, alimentos, látex, picaduras de abejas, etc.: _____
 ¿Historia de envenenamiento por plomo o anemia (hierro bajo)? _____
 ¿Parece que su hijo(a) se está identificando con el género al que fue asignado al nacer? _____
 Si su hijo(a) ha sufrido de un trauma emocional (como violencia/muerte de miembros de la familia/cárcel/accidentes graves/intimidación/abuso), por favor digale al proveedor médico.

Por favor, indique cualquier preocupación que desee compartir con su proveedor médico

Medio ambiente del niño(a):

¿Quién vive en casa con el niño(a)? _____
 ¿Alguien fuma que cuida al niño(a) (dentro o fuera)? _____
 ¿Está su hijo(a) alrededor de alguien que posee un arma? _____
 ¿Está su niño(a) en guardería o escuela, y si es así, qué escuela y qué grado? _____
 ¿Es su familia parte de una fe particular o comunidad religiosa? **Sí/No** Si es así, por favor describa: _____

Nuestra misión

"Honrar a Jesucristo proporcionando atención de salud integral y accesible en asociación con nuestros pacientes y la comunidad que conduce a vidas saludables y cambiadas."

Uno de los Principios Rectores de Crossroad es que "promovemos la salud de toda la persona - cuerpo, mente y espíritu, reconociendo a Dios como la fuente última de toda salud." ¿Es su fe importante para usted en relación con la salud de su familia?

Sí No No estoy seguro

¿Estaría abierto a que oraran por su familia durante su cita en Crossroad? _____

Por favor, pregúntenos si desea un Nuevo Testamento, o si desea una lista de iglesias en su comunidad.