

RAINBOW



Dr. Ruth Bernardez-Tan

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia de nacimiento: Peso al nacer: _____ Medida al nacer: _____

Semanas de edad gestacional: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Complicaciones del embarazo: _____

Parto: Vaginal _____ Cesárea _____ Complicaciones _____

Historia de desarrollo: _____ normal
_____ retrasado

Internados previos: _____

Operaciones previas: _____

Alergias: _____

Medicamentos que está tomando actualmente: _____

Historial familiar: _____

Previos Doctor/Clinica: _____

INFORMACION DE LA FARMACIA:

Nombre de farmacia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección o cruce de calles: _____

¿Tiene, o ha tenido, su hijo una de las siguientes enfermedades o trastornos?

- | Sí | No | Sí | No |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En mi conocimiento, he contestado con exactitud las preguntas en este formulario. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser un peligro para la salud de mi hijo/a. También, es mi responsabilidad informar esta clínica de cualquier cambio del estado medico de mi hijo/a.

Firma de padre/madre/tutor legal

Fecha