

Smart Start Pediatría	Nombre del paciente :
460 Alabama Hwy N	Nombre de mamá :
Albertville, AL 35951-3838	Nombre de papá:

ALERGIAS - Enumere las alergias a medicamentos, alimentos u otras alergias del paciente:

☐ No se conocen alergias a medicamentos	O bien, enumere las alergias a los medicamentos:
☐ Sin alergias alimentarias o de otro tipo	O bien, haga una lista de alergias alimentarias o de otro tipo:

MEDICAMENTOS - Enumere todos los medicamentos y suplementos del paciente:

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del medicamento	Dosis
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR – Enumere las condiciones médicas del paciente:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ANTERIORES : enumere las cirugías previas del paciente y las fechas aproximadas:

Operación	Fecha	Operación	Fecha
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES : verifique y enumere la relación con el paciente, incluya solo a los miembros de la familia inmediata:

- ☐ Enfermedad pulmonar _____
- ☐ Problemas cardíacos _____
- ☐ Enfermedad renal o de la vejiga _____
- ☐ Diabetes _____
- ☐ Presión arterial alta _____
- ☐ Cáncer - Tipo de cáncer y familiar(es) afectado(s) _____
- ☐ Otras enfermedades familiares _____

REGISTROS DE NACIMIENTO

Lugar de partos: _____

Ciudad de las instalaciones: _____ Estado de la instalación: _____

La siguiente información DEBE coincidir con los registros de nacimiento:

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del paciente (primer apellido): _____

Nombre de la madre biológica (primer apellido): _____

Número de Seguro Social de la madre biológica: _____

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

Adjunte un registro completo de la toma.

Si no tiene un registro completo de vacunas, enumere todos los centros donde el paciente ha recibido vacunas:
