

<b>Smart Start Pediatrics</b>	Nombre del Paciente:
460 Alabama Hwy 75 N	Nombre de la Madre:
Albertville, AL 35951	Nombre del Padre:

**ALERGIAS** – Indique el medicamento, la comida, o otras alergias del **paciente**:

<input type="checkbox"/> Ninguna alergia a medicamentos conocidos <input type="checkbox"/> O, indique alergias a medicamentos:
<input type="checkbox"/> Ninguna alergia a comida o otras alergias <input type="checkbox"/> O, indique alergias a comida o otras alergias:

**MEDICAMENTOS** – Indique todos los medicamentos y suplementos del paciente:

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

**HISTORIA MÉDICA PASADO** – Indique las condiciones médicas del paciente:

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

**HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA** – Indique las cirugías previas del paciente y las fechas aproximadas:

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

**HISTORIA MÉDICO FAMILIAR** - Por favor verifique y liste la relación con el paciente, incluya solo a un **familiar inmediato**:

- Enfermedad Pulmonar \_\_\_\_\_
- Problemas del Corazón \_\_\_\_\_
- Enfermedad de Riñón o Vejiga \_\_\_\_\_
- Diabetes \_\_\_\_\_
- Alta Presión Sanguínea \_\_\_\_\_
- Cáncer - Tipo de Cáncer y Miembro(s) de la Familia Afectado \_\_\_\_\_
- Otras Enfermedades Familiares \_\_\_\_\_

## REGISTROS MÉDICOS DE NACIMIENTO

Hospital de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad del Hospital: \_\_\_\_\_ Estado del Hospital: \_\_\_\_\_

### La siguiente información DEBE coincidir con los registros de nacimiento:

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Primero Último): \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre Biológica (Primero Último): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de la Madre Biológica: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE INMUNIZACIÓN

Adjunte un registro completo de vacunas..

Si no tiene un registro completo de vacunas, indique todas las instalaciones donde el paciente recibió inmunizaciones:

---

---

---

---

---