

HISTORIAL CLÍNICO

FECHA: _____

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____
DIRECCION: _____ TEL: (____) _____
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____ TEL: (____) _____
EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A: _____ TEL (____) _____
NOMBRE DEL DOCTOR: _____ TEL (____) _____
COMPAÑÍA ASEGURADORA: _____ NUMERO DE LA POLIZA: _____

A. PADECE DE LO SIGUIENTE: (MARQUE LO QUE APLICA)

____ ASMA ____ DIABETES ____ EPILEPSIA ____ RIÑONES
____ CONVULSIONES ____ INFECCION DE OIDOS ____ DEL CORAZON

FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO POR EL DOCTOR _____ ALGUN PROBLEMA _____

SI HUBO ALGUN DIAGNOSTICO _____

DESDE EL ÚLTIMO EXAMEN POR EL DOCTOR EL NIÑO/A A:

TENIDO ALGUNA COMPLICACION MEDICA SERIA: _____ CUAL: _____
ALGO QUE HA DURADO MÁS DE UNA SEMANA: _____
ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA O FRACTURA: _____
HA VISITADO Y SIDO TRATADO EN UN HOSPITAL O SALA DE URGENCIAS: _____
TIENE ALGUNA LIMITACION FISICA: _____

SI ALGUNA DE LAS ANTERIORES ES AFIRMATIVO, FAVOR DE EXPLICAR BREVEMENTE QUE PASO:

MEDICAMENTOS QUE UTILIZA EN FORMA REGULAR: _____

B. ALERGIAS A: (FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

____ ANIMALES ____ MEDICINAS ____ PICADA DE INSECTO ____ COMIDAS
____ PLANTAS ____ POLEN ____ OTRAS

EXPLIQUE SI HA MARCADO ALGUNA ARRIBA: _____

C. VACUNAS:

VACUNA	FECHA DE LA VACUNA	FECHA DE OTRA DOSIS
DPT _____	_____	_____
MEASLES (SARAMPION) _____	_____	_____
MUMPS (PAPERAS) _____	_____	_____
ORAL POLIO _____	_____	_____
RUBELLA (RUBEOLA) _____	_____	_____
TB TIME _____	_____	_____
CHICKEN POX (VARICELA) _____	_____	_____
HIB HEPATITIS _____	_____	_____

D. OTRAS CONDICIONES SOBRE LA SALUD DEL NIÑO/A: _____

E. PERMISO MEDICO PARA INTERVENIR CON EL NIÑO/A EN CASO DE URGENCIA.

SI YO, LA PERSONA AUTORIZADA COMO TUTOR DEL NIÑO/A NO SE ME PUEDE LOCALIZAR, LA PERSONA QUE TENGA ESTE DOCUMENTO ESTA AUTORIZADO A ACTUAR EN MI LUGAR Y BUSCAR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI NIÑO/A:

FIRMA DEL TUTOR DEL NIÑO/A: _____ FECHA: _____