



Noah's Ark Pediatrics Datos Demográficos e Historial Médico del Paciente

Ubicación: 17560 N 75th Ave #400, Glendale, AZ 85308

La fecha de hoy:	Correo Electrónico:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento: / /	
Nombre de la persona llenando esta forma:	Relación con el paciente:	
Contacto / Nombre del tutor legal:	Madre: <input type="checkbox"/> Padre: <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección:	Teléfono #:	
En Caso de una Emergencia:	Teléfono #:	Relación con el paciente:

PACIENTE QUE VIVE CON

Vive con los padres: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Numero de hermanos:	Numero de hermanas:
Familia adoptiva: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parientes: (no padres o hermanos) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuántos?
Pareja: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Casa temporal (group home) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Casa Hogar/Orfanato: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Expuesto al humo de el cigarro: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Armas en casa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Animales domésticos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Cuidado diario del paciente:	Actualmente en escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Grado escolar:
Escuela: <input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> En casa	Dificultad en la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sobresaliendo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Uso de tabaco: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Uso de alcohol: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Uso de drogas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE

Nombre del seguro primario:	Identificación de miembro:	Identificación del grupo:
Compañía de seguros:	Dirección de envió:	Número de teléfono:
Nombre del titular de la póliza:	Titular de la póliza DOB:	Relación con el paciente:

Nombre del seguro secundario:	Identificación de miembro:	Identificación del grupo:
Compañía de seguros:	Dirección de envió:	Número de teléfono:
Nombre del titular de la póliza:	Titular de la póliza DOB:	Relación con el paciente:

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Abuso / negligencia: <input type="checkbox"/>	Rinitis Alérgica: <input type="checkbox"/>	Anemia: <input type="checkbox"/>
Asma: <input type="checkbox"/>	Hiperactividad: <input type="checkbox"/>	Cáncer: <input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral: <input type="checkbox"/>	Varicela: <input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/>
Estreñimiento: <input type="checkbox"/>	Retraso mental: <input type="checkbox"/>	Migrañas: <input type="checkbox"/>
Eczema: <input type="checkbox"/>	Orinarse en la cama: <input type="checkbox"/>	Convulsiones: <input type="checkbox"/>
Convulsión febril: <input type="checkbox"/>	Fractura: <input type="checkbox"/>	Infección en la orina: <input type="checkbox"/>
Sarampión: <input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza: <input type="checkbox"/>	Otra historia medica: <input type="checkbox"/>
Infeccionen oídos frecuentes: <input type="checkbox"/>	Neumonía: <input type="checkbox"/>	Dificultad de hablar: <input type="checkbox"/>
Desordenes en la sangre: <input type="checkbox"/>	Tuberculosis: <input type="checkbox"/>	Enfermedad mental: <input type="checkbox"/>
Activo sexualmente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esta usando algún método anticonceptivo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

HISTORIA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE

Tiene familiares con alguno de los siguientes problemas médicos? Cuando marque si, por favor explique y escriba la relación (ej. tío, abuelo paterno, abuela materna, primo, etc.)

Alcoholismo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta presión: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desordenes en la sangre: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas psiquiátricos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardíaca congénial: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Convulsiones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de riñón: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desorden de la tiroides: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Migrañas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Firma del Paciente / Padre / Apoderado legal _____ Fecha: _____