



# Jeffrey P. Fisher, DDS

“Anestesia Para Niños”

## Historia Médica Pediátrica

(Para pacientes menores de 12 años)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Otro: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Haga una lista de todos los medicamentos que su niño/a toma (incluyendo vitaminas, medicamentos naturales, y laxantes): \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a alergia a algún medicamento o comida? Si No Si tiene, ¿a qué tiene alergia? \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene su niño/a buena salud? \_\_\_\_\_ Si No

2. ¿Tiene su niño/a médico de cabecera? \_\_\_\_\_ Si No

3. ¿Ha tenido su niño/a alguna enfermedad grave, operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? \_\_\_\_\_ Si No

4. ¿Tiene o ha tenido su niño/a alguno de los siguientes problemas o enfermedades del corazón?

Defectos congénitos del corazón o soplos cardíacos \_\_\_\_\_ Si No

Válvulas cardíacas dañadas, válvulas cardíacas con mal funcionamiento o válvulas cardíacas artificiales \_\_\_\_\_ Si No

Arritmias o pulso irregular \_\_\_\_\_ Si No

Comunicación interventricular (*ventricular septal defect*) o comunicación interauricular (*atrial septal defect*) \_\_\_\_\_ Si No

5. ¿Tiene o ha tenido su niño/a alguna de las siguientes complicaciones cardiovasculares?

Dolor en el pecho al realizar esfuerzos \_\_\_\_\_ Si No

Dificultad respiratoria después de hacer ejercicio leve o al estar tumbado \_\_\_\_\_ Si No

Inflamación en los tobillos \_\_\_\_\_ Si No

Presión sanguínea alta \_\_\_\_\_ Si No

Accidente cerebrovascular (apoplejía) o accidente isquémico transitorio \_\_\_\_\_ Si No

Transplante de corazón \_\_\_\_\_ Si No

6. ¿Tiene o ha tenido su niño/a alguno de los siguientes problemas o enfermedades pulmonares?

Asma o síntomas similares \_\_\_\_\_ Si No

Bronquitis, neumonía, enfisema, tuberculosis, tos crónica \_\_\_\_\_ Si No

Sinusitis crónica, o alergia de temporada \_\_\_\_\_ Si No

Síntomas de resfriado o gripe (en este momento) \_\_\_\_\_ Si No

7. ¿Tiene o ha tenido su niño/a alguno de los siguientes problemas o enfermedades?

Enfermedad hepática (hepatitis o ictericia) \_\_\_\_\_ Si No

Enfermedad del riñón (nefropatía) \_\_\_\_\_ Si No

Enfermedad de la tiroides \_\_\_\_\_ Si No

Diabetes \_\_\_\_\_ Si No

Problemas del estómago (úlceras, exceso de ácido en el estómago con pirosis, diarrea persistente y/o pérdida de peso) \_\_\_\_\_ Si No

Artritis, articulaciones o nódulos linfáticos inflamados y dolorosos \_\_\_\_\_ Si No

Convulsiones (epilepsia), desmayos, u otros problemas neurológicos \_\_\_\_\_ Si No

Retraso mental, autismo u otros problemas relacionados con la salud mental \_\_\_\_\_ Si No

Cancer \_\_\_\_\_ Si No

Enfermedades de transmisión sexual, VIH, SIDA \_\_\_\_\_ Si No

8. ¿Tiene su niño/a algún desorden sanguíneo o le salen moretones fácilmente? \_\_\_\_\_ Si No

9. ¿Tiene su niño/a algún desorden sanguíneo como anemia o anemia falciforme? \_\_\_\_\_ Si No

10. ¿Ha pasado su niño/a tiempo en la unidad neonatal de cuidados intensivos debido a nacimiento prematuro? \_\_\_\_\_ Si No

¿Fue su niño/a intubado por un largo periodo de tiempo? \_\_\_\_\_ Si No

¿Necesitó su niño/a ser suministrado con oxígeno auxiliary al recibir el alta médica? \_\_\_\_\_ Si No

11. ¿Ha tenido algún familiar del paciente reacciones alérgicas a algún tipo de anestesia? \_\_\_\_\_ Si No

12. ¿Tiene su niño/a alguna enfermedad, condición médica, o problema no mencionado en este formulario? \_\_\_\_\_ Si No

Si tiene, explique por favor: \_\_\_\_\_

*Entiendo que ocultar cualquier información acerca de la salud de mi niño/a podría poner en serio riesgo su seguridad. Por este motivo, he revisado esta historia médica pediátrica cuidadosamente y he respondido a todas las preguntas honestamente de la mejor forma posible según mi conocimiento.*

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_