



HOLYOKE PEDIATRIC ASSOC, LLP
 150 Lower Westfield Road, Holyoke, MA 01040
 84 Willimansett Street, South Hadley, MA 01075

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Tiene usted alguna preocupacion hoy?	

Alergias a Medicamentos: Si/No (circula uno)

Alergias a Alimento/Ambiental
 Si/No (circula uno)

Medicamento	Reaccion	Alergeno	Reaccion

	Nombre	Fecha nacimient	Condiciones Medicas
Paciente			
Paciente			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			

Algun historial familiar de:	Si	No	Quien? Sea Especifico (Madre, Padre, Abuela o Abuelo (Materno o Paterno) Hermana, Hermano, etc.)
ADD/ADHD	S	N	
Autismo	S	N	
Asma	S	N	
Dysplasia de Cadera/ Dislocacion de Cadera	S	N	
Sordera	S	N	
Diabetes	S	N	
Colesterol Alto	S	N	
Obesida/Sobrepeso	S	N	
Migranas	S	N	
Ataques Epilepticos	S	N	
Estrabismo/Ojo Perezoso	S	N	
Muerte Repentina/ Infarto antes de la edad 55 anos	S	N	

Profesion de la Madre	Profesion del Padre	Relacion de los Padres: Soltero, Casado, Divorciados, Otro

Liste las Personas que viven en la casa:

Nombre	Parentesco con el paciente

Vive el Nino/a fuera del hogar principal parte del tiempo. De ser asi, liste las personas y el parentesco con el paciente:

Nombre	Parentesco con el paciente

Cuidado del Niño/a (Lugar o Persona que a cargo del cuidado de su niño/a)

Nombre:	Días de la semana: Dom Lun Mar Mie Jue Vi Sa
---------	--

Alguien Fuma en la Casa	S	N	Afuera Solamente	S	N
Floururo en el Agua	S	N	Desconoce		
Plomo en la Casa	S	N	Desconoce Removido?		
Usa casco cuando corre bicicleta/ patineta?	S	N	A veces		
Asiento De Carro para Bebe (mirando hacia el frente)	S	N	Detectores de Monoxido de Carbono	S	N
Asiento De Carro para Bebe (mirando hacia atras)	S	N	Detectores de Humo?	S	N
Asiento Elevado (booster seat)	S	N	Mascotas en la Casa?	S	N
Usa el Cinturon de Seguridad?	S	N	Que tipo de Mascota?		
Armas de Fuego?	S	N			
Estan bajo llave?	S	N			
Estan las Municiones almacenadas separadas?	S	N			
Razon por la cual porta Armas de Fuego?	S		Profesion Recreacion Proteccion		

Educacion:

Nombre de la Escuela:	Grado:	Que Notas Obtiene el/ella en la Escuela?
-----------------------	--------	--

Historial de Varicela?	S	N	Fecha:
------------------------	---	---	--------

Lista de Medicamentos:

Medicamento	Dosis	Cuantas veces al dia?	Doctor que lo Receta:

Toma el niño/a alguna hierba medicinal?

Hierba	Dosis	Cuantas veces al dia?	Doctor que lo Receta:

Alguna Enfermedad Cronica?	Asma	Diabetis	Ataques Epilepticos
Others:			

Liste Hospitalizaciones o Cirujias:

Fecha	Hospital	Doctor	Razon por la Hospitalizacion	Procedimiento Cirujico

Firma de la Persona llenando el formulario	Parentesco con el Paciente (relacion)	Fecha del Dia que completo formulario

Para Uso de Oficina Solamente:

Informacion Procesada por:	Fecha de Proceso: