



Información del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Mes/Dia/Año)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de la Madre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ #SS _____ - _____ - _____
(Mes/Dia/Año)

Lugar de empleo: _____ Numero del trabajo: _____

E-Mail: _____ Numero de celular: _____

Nombre del Padre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ #SS _____ - _____ - _____
(Mes/Dia/Año)

Lugar de empleo: _____ Numero del trabajo: _____

E-Mail: _____ Numero de celular: _____

Estado civil de los Padres: ___ Casados ___ Divorciados ___ Separados ___ Soltero/a ___ Viudo/a

Contacto de emergencia (aparte de usted y mayor de 18 años):

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Numero de Teléfono: _____

Hermano(a)s:

| Nombre | Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año) | M/F |
|--------|-----------------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Información sobre Seguros:

Nombre de Seguro Primario: _____

Nombre Del Asegurado: _____ # de Teléfono: _____

De Seguro: _____ # de Grupo: _____



Historia Clínica Del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Mes/Dia/Año)

Médico anterior: _____

Farmacia preferida: _____

Su hijo tiene alguna condición médica o problema de salud? _____

Alergias? _____

Medicamento? _____

Hospitalizaciones? No Si (Mes y Año) _____

Operaciones? No Si (Mes y Año) _____

Historial De Nacimiento:

Nombre del hospital: _____

Hijo/a: Natural Adoptado/a Hijastro/a

Tipo de parto? Vaginal o Cesaria Si cesaria, porque? _____

Alguna complicación?: _____

Semanas de embarazo: _____

Al Nacer: Peso _____ Pulgadas: _____

Recibio su bebe la vacuna Hep B al nacer? si no

Historia social:

Apunte todos los que viven en el hogar (por ejemplo: mamá, papá, abuela, hermana, etc):

Alguien fuma dentro o fuera de la casa? No Si /Quien? _____

Mascotas: No Si/ Que tipo? _____

Historia familiar/Problemas de SALUD de cada persona:

Madre: (viva/fallecida/desconocido) _____

Padre: (vivo/fallecido/desconocido) _____

Abuela Materna: (viva/fallecida/desconocido) _____

Abuelo Materno: (vivo/ fallecido/desconocido) _____

Abuela Paterna: (viva/fallecida/desconocido) _____

Abuelo Paterno: (vivo /fallecido/desconocido) _____



Cuestionario de Tuberculosis

Evaluación de Riesgos para Niños

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por bacterias de la tuberculosis y se transmite por un adulto con tuberculosis activa neumonía. Se transmite a otra persona al toser estornudar gérmenes de la TB en el aire. El niño pueden respirar estos gérmenes.

Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos más de dos semanas de duración, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un corto período de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa (esto se llama latente Tuberculosis o infección LTBI).

La tuberculosis es prevenible y tratable. TB pruebas cutáneas (también llamada PPD o Mantoux prueba) se utiliza para ver si su hijo ha sido infectado con gérmenes de la TB. No hay vacuna disponible para su uso en los Estados Unidos para prevenir la tuberculosis. La prueba de la piel no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos su ayuda para saber si su hijo ha estado expuesto a la tuberculosis. Por favor, conteste las siguientes preguntas.

La tuberculosis puede causar fiebre o larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas), o tos con sangre. Por lo que usted sabe:

1. ¿Ha estado su hijo en torno a cualquier adulto con estos síntomas o problemas? **Circle: Sí o No**
2. ¿Su hijo ha tenido alguno de estos síntomas o problemas? **Circle: Sí o No**
3. ¿Ha estado su hijo en torno a alguna persona enferma de tuberculosis? **Circle: Sí o No**
4. ¿Nació su hijo o su hijo ha viajado a México o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África y Asia durante más de 3 semanas? **Circle: Sí o No**

Si es así, ¿qué país / países? _____

5. Para su conocimiento, su hijo ha pasado tiempo con alguien que es / ha sido una vía intravenosa (IV) consumidor de drogas, el VIH-infectados, en la cárcel o prisión o recientemente llegó a los Estado Unidos de otro país? **Circle: Sí o No**
6. ¿Su hijo ha tenido la prueba de TB recientemente? **Circle: Sí o No** (En caso afirmativo, especifique Fecha_____)
7. ¿Su niño ha tenido una prueba de tuberculina positiva? **Circle: Sí o No** (En caso afirmativo, especifique Fecha_____)