



Actualización de la historia de salud periódicos

Fecha: _____

Nombre: _____ FDN: _____

Telefono primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Correo electronico: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código: _____

Su niño ha estado hospitalizado o ha visto un médico en los últimos 6 meses? Si _____ No _____

Si, explique: _____

Por favor liste todos los medicamentos que su hijo está tomando en este momento:

Esta la paciente embarazada? Si _____ No _____ Si,es asi, en que fecha nace el bebe? _____

Quién es el médico de su hijo? _____ Su hijo ve a un especialista? _____

Si es asi, por favor explique: _____

Contacto de emergencia: _____ Telefono: _____

Firma: _____ Relacion con el paciente: _____