



Datos Demográficos del Paciente



Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: ☐ M ☐ F Idioma Preferido: _____

Correo Electrónico: _____

Etnia: ☐ Hispanio(a)

Raza: ☐ Afroamericano (a)/Negro(a)

☐ Asiático(a)

☐ No-Hispano(a)

☐ Nativo Hawaiano(a) o Isleño(a) del pacifico(a)

☐ Rechazar

☐ Indio(a) Americano(a) o Nativo(a) de Alaska

☐ Caucásico(a)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Principal: (____)____-____ Número Secundario: (____)____-____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono del Médico: (____)____-____

Médico de Referencia: _____ Teléfono del Médico: (____)____-____

Farmacia: _____ Teléfono de Farmacia: (____)____-____

Proveedores adicionales para recibir informes:

Médico: _____ Telefono del Medico: (____)____-____

Quién tiene la custodia legal / tutela legal del paciente?

☐ Padres ☐ Abuelos / Otro Pariente (especificar): _____

☐ Solo Madre ☐ Padres Adoptivos: _____

☐ Solo Padre ☐ Custodia del estado / Otro (especificar): _____

Información de los Padres

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Relación con el(la) paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
(si es diferente del paciente)

Teléfono Principal: (____)____-____ Número Secundario: (____)____-____

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____ Teléfono: (____)____-____

Información de los Padres

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Relación con el(la) paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
(si es diferente del paciente)

Teléfono Principal: (____)____-____ Número Secundario: (____)____-____

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____ Teléfono: (____)____-____

Contactos de Emergencia (porfavor proporcione 2)

Nombre: _____ Teléfono: (____)____-____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: (____)____-____ Relación: _____

ALERGIAS:

Enumere cualquier alergia a medicamentos/reacciones adversas. Marque aquí si NINGUNO ☐

Nombre del medicamento: _____ Reacción: _____

Nombre del medicamento: _____ Reacción: _____

Nombre del medicamento: _____ Reacción: _____

Indique cualquier alergia alimentaria/ambiental. Marque aquí si NINGUNO ☐

Alérgeno: _____ Reacción: _____

Alérgeno: _____ Reacción: _____

Alérgeno: _____ Reacción: _____

HISTORIAL FAMILIAR: Marque a cualquier miembro de la familia que alguna vez haya tenido el problema/trastorno que se indica a continuación.

[illegible]

HISTORIAL SOCIAL:

Es / fue el paciente amamantado? ☐ Si ☐ No

El paciente usa biberón actualmente? ☐ Si ☐ No

El paciente utiliza actualmente un chupete? ☐ Si ☐ No

Está el paciente expuesto al humo de Cigarrillo? ☐ Si ☐ No

Está el paciente en la escuela, preescolar o guardería? ☐ Si ☐ No

Nombre de la Escuela/Guardería: _____

Nivel de Grado: _____

El paciente ha faltado a la escuela debido a los síntomas? ☐ Si ☐ No

Recibe el paciente apoyo escolar especial (educación especial, terapia)? ☐ Si ☐ No

Enumere todas las terapias/servicios escolares: _____

Recibe el paciente servicios de terapia privada (terapia del habla, física, ocupacional)? ☐ Si ☐ No

Enumere cualquier servicio de terapia privada:

Terapia proporcionada: _____ Nombre de la instalación: _____

Terapia proporcionada: _____ Nombre de la instalación: _____

Terapia proporcionada: _____ Nombre de la instalación: _____

Enumere a todos los miembros que viven en el hogar con el paciente (i.e. madre, padre, etc.).

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Enumere todas y cada una de las mascotas: _____

REVISION DE SINTOMAS:

Responda Sí o No si el paciente alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud. En caso afirmativo, explique en el espacio proporcionado.

Oreja, Nariz O Garganta? ☐ Si ☐ No _____

Cardiovascular? ☐ Si ☐ No _____

Respiratorio? ☐ Si ☐ No _____

Gastrointestinal? ☐ Si ☐ No _____

Genitourinario? ☐ Si ☐ No _____

musculoesquelético? ☐ Si ☐ No _____

Piel? ☐ Si ☐ No _____

Neurológico? ☐ Si ☐ No _____

Psiquiátrico / conductual? ☐ Si ☐ No _____

Endocrinológico? ☐ Si ☐ No _____

Hematológico/Linfático? ☐ Si ☐ No _____

Alérgico / Inmunológico? ☐ Si ☐ No _____

Enumere cualquier problema médico adicional, medicamentos, alergias, etc. aquí. Además, si hay algo más que su médico deba saber sobre el paciente, proporcione esa información adicional en esta área.

HISTORIA PRENATAL Y DE NACIMIENTO

Lista de drogas/medicamentos tomados durante el embarazo:

Peso de nacimiento: _____ libras _____ onzas

El nacimiento fue por:

- ☐ Cesárea
☐ Vaginal
☐ Bebe de Nalgas

Revisa todo lo relacionado con tu bebé:

- ☐ La madre tuvo rubéola (sarampión), citomegalovirus (CMV), herpes, toxoplasmosis o sífilis durante el embarazo.
- ☐ El bebé requirió una transfusión de sangre poco después del nacimiento debido a la hiperbilirrubinemia (ictericia)
- ☐ El bebé requirió ventilación mecánica (máquina de respiración) durante 5 o más días después del nacimiento
- ☐ El bebé estuvo en la NICU después del nacimiento y requirió ECMO (oxígeno forzado en el tejido)
- ☐ El bebé tuvo una infección después del nacimiento, como meningitis, paperas o sarampión.
- ☐ el bebé fue hospitalizado después del nacimiento y requirió antibióticos o quimioterapia por vía intravenosa
- ☐ el bebé experimentó un traumatismo craneal (es decir, una caída grave que provocó una conmoción cerebral o una fractura de cráneo)
- ☐ El bebé ha sido diagnosticado con un síndrome o trastorno en particular (síndrome de Down, paladar hendido)
- ☐ el bebé ha tenido o tiene actualmente una infección o líquido detrás del tímpano
- ☐ El bebé tuvo anoxia (color azul) después del nacimiento
- ☐ El bebé presentó ictericia (color amarillo) después del nacimiento que requirió tratamiento:
☐ Fototerapia ☐ Luz solar directa ☐ Cobija calefactora
- ☐ El bebé tuvo problemas para tragar después del nacimiento
- ☐ El bebé tuvo dificultad para succionar después del nacimiento

HISTORIAL DE AUDICION:

Marque todo lo que corresponda:

- ☐ El bebé se sobresalta con sonidos fuertes.
- ☐ El bebé es calmado por la voz de los padres o cuidadores.



Ear, Nose and Throat Specialists

Karin S. Hotchkiss, M.D., F.A.C.S.
Joshua R. Mitchell, M.D.
Kristine D. Brentz, M.D.
Yamilet M. Tirado, M.D.
Jennifer H. Millett, A.P.R.N.
Jenna M. Gilboy, A.P.R.N.
Samanta Roopnarain, A.P.R.N.
Cecilia G. Camacho, Au.D.
Katie K. Pawlowski, Au.D.,

Permiso para Tratar

Lo mejor es que los niños sean traídos para recibir tratamiento por un padre o tutor legal. Sin embargo, puede haber momentos en que alguien más que usted cuide a su hijo. Este formulario le permite a la persona que elija buscar tratamiento y firmar el consentimiento para su hijo cuando usted no pueda acompañarlo. La persona que nombre debe tener 18 años de edad o más.

Yo, (padre/tutor legal) _____, no puedo acompañar a mi hijo (nombre del niño) _____ a su cita. Por lo tanto, doy permiso a las siguientes personas para que busquen tratamiento y brinden su consentimiento.

Nombre:

Relacion con el paciente:

- ☐ este formulario permanecerá vigente hasta que sea revocado
- ☐ este formulario es **válido solo** durante el siguiente período de tiempo:

Fecha efectiva: _____ Fecha de caducidad: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____