



**ABUNTO-TOLENTINO PEDIATRICS, INC.**  
1001 Sneath Lane, Ste 104, San Bruno, CA 94066  
(650) 873-4545

---

Nombre de el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre/Mujer Ethnicidad \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Historia Medica Familiar:** Algun miembro de la familia, (madre,padre,hermanos,abuelos,tios) que haya sufrido alguna de estas enfermedades?

Porfavor indique quien

Asma \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_ Defectos de Nacimiento \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ Alcolismo \_\_\_\_\_

Problemas del Corazon \_\_\_\_\_ Problemas del Rinon \_\_\_\_\_

Enfermedad del Pulmon \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_

Presion Alta \_\_\_\_\_ Abuso deDroga \_\_\_\_\_

**Historia Medica Del Paciente**

Emfermedades Graves \_\_\_\_\_ Accidentes Serios \_\_\_\_\_

Cirugias (fecha y razon) \_\_\_\_\_ Hospitalisaciones (fecha y razon) \_\_\_\_\_

Emfermedades cronicas \_\_\_\_\_ Fracturas \_\_\_\_\_

Medicamentos que tome diario \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

**Historia de Nacimiento del Nino/Nina**

Peso al Nacer \_\_\_\_\_ Estatura al Nacer \_\_\_\_\_

Nacio: termino completo/prematuro/despues de tiempo

Tipo de parto: Vaginal/Cesaria Edad de la madre al nacer el bebe \_\_\_\_\_

Problemas durante el embarazo:

Complicaciones del parto:

**Madre-**

Numero de embarazos \_\_\_\_\_ Nacimientos vivos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Ninios vivos \_\_\_\_\_

**Historia de la Escuela-**

Que escuela atiende su hijo/hija? \_\_\_\_\_

En que grado esta su hijo/hija? \_\_\_\_\_

Tiene algun problema de aprendisaje? \_\_\_\_\_

Hay problemas de desarrollo? \_\_\_\_\_

Estan al corriente sus vacunas? \_\_\_\_\_

Ha recibido las vacunas del Hepatitis B? \_\_\_\_\_

**Comentarios:**

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_