



# Cuestionario de Nuevo Ingreso de Paciente

Valle Verde Pediatrics | 15525 Pomerado Rd, Suite B-3  
Poway, CA 92064  
Phone: 858-487-8333 | Fax: 858-487-0856

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo del Paciente:  Mujer  Hombre  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PADRES

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

Seguro Primario: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
Seguro Secundario: \_\_\_\_\_  
Grupo: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE EMBARAZO Y NACIMIENTO

Edad de la madre al momento del parto: \_\_\_\_\_ Edad del padre al momento del parto: \_\_\_\_\_

¿Complicaciones durante el embarazo o parto?	Tiempo de hospitalización:
--	----------------------------

## HISTORIA DEL RECIÉN NACIDO

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Longitud al nacer: \_\_\_\_\_



# Cuestionario de Nuevo Ingreso de Paciente

Valle Verde Pediatrics | 15525 Pomerado Rd, Suite B-3  
Poway, CA 92064  
Phone: 858-487-8333 | Fax: 858-487-0856

Tipo de parto: \_\_\_\_\_ Circunferencia de la cabeza: \_\_\_\_\_

Hospital (ciudad y estado): \_\_\_\_\_ Seleccione uno:  Fórmula  Lactancia

## HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

¿A dónde ha ido el paciente para exámenes médicos anteriormente? \_\_\_\_\_

Fecha de último chequeo: \_\_\_\_\_ Fecha de último chequeo dental: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo al día con las vacunas? *Por favor proporcione los registros de vacunación.*  Yes  No

Hospitalizaciones o cirugías: \_\_\_\_\_

Enfermedades importantes: \_\_\_\_\_

Pacientes femeninos: Fecha de primera menstruación: \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio recientes: \_\_\_\_\_

Estudios de imagen recientes: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes? (Indique fecha)

Varicela	Paperas	Mojar la cama (>5 años)
Problemas de la vista	Alergias	Neumonía
Asma	Infección de riñón o vejiga	Infecciones de garganta frecuentes
Sarampión	Fracturas	Diabetes
Soplo cardíaco	Infecciones de oído frecuentes	Convulsiones
Dolores de cabeza	Problemas respiratorios	Anemia
Eccema	Enfermedad de células falciformes/rasgo	Dolor abdominal
Tuberculosis	Fiebres	Otro: _____

Listado de medicamentos actuales: \_\_\_\_\_



# Cuestionario de Nuevo Ingreso de Paciente

Valle Verde Pediatrics | 15525 Pomerado Rd, Suite B-3  
 Poway, CA 92064  
 Phone: 858-487-8333 | Fax: 858-487-0856

## HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Relación: \_\_\_\_\_ Fallecido:  Si  No Edad: \_\_\_\_\_

Problemas médicos mayores y/o causa de muerte: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Fallecido:  Si  No Edad: \_\_\_\_\_

Problemas médicos mayores y/o causa de muerte: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Fallecido:  Si  No Edad: \_\_\_\_\_

Problemas médicos mayores y/o causa de muerte: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Alguno de los parientes cercanos del niño/a tenido las siguientes condiciones?

Condición	Relativo
Diabetes	
Cáncer	
Convulsiones	
Alergias/ asma	
Problemas de sangrado	
Hipertensión	
Enfermedad mental	

Condición	Relativo
Problemas de riñón	
Cardiopatía	
Problemas de la piel	
Anemia	
Defectos congénitos	
Dependencia química	
Otro:	



# Cuestionario de Nuevo Ingreso de Paciente

Valle Verde Pediatrics | 15525 Pomerado Rd, Suite B-3  
Poway, CA 92064  
Phone: 858-487-8333 | Fax: 858-487-0856

## HISTORIA SOCIOCULTURAL

Membre de escuela y nivel de grado escolar: \_\_\_\_\_

Idioma(s) hablado(s) en casa: \_\_\_\_\_

# de miembros de la familia que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE COMUNICACIÓN DE CANAL CONFIDENCIAL

Consiento el uso de los siguientes canales confidenciales para la comunicación de información relacionada con:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

- Teléfono    Está bien dejar mensajes de voz    Mail    Correo electrónico (dirección):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**