



SUMMERLIN LOCATION
 7455 W. Washington Ave., #300
 Las Vegas, Nevada 89128
 Phone: (702) 363-3000
 Fax: (702) 363-3161

SOUTHWEST LOCATION
 9091 W. Post Rd.
 Las Vegas, NV 89148
 Phone: (702) 363-3000
 Fax: (702) 778-6821

FORMULARIO DE INFORMACION PARA NUEVOS PACIENTES DE RECIEN NACIDO A 1 AÑO DE EDAD

Por favor llene este formulario correctamente y en su totalidad. Si no entiende alguna de las preguntas, por favor pida ayuda a un miembro del personal ó a un medico. Si desea proporcionar información adicional al médico, asegúrese de anotarla en este formulario.

Nombre del Paciente:	Fecha de nacimiento de paciente:
Nombre del padre o persona llenando el formulario:	
¿Como se enteró de este consultorio?	

EMBARAZO Y NACIMIENTO

Edad de la madre en el momento del parto:	¿Es su primer hijo?	
¿Padeció la madre alguna enfermedad durante el embarazo? Si responde si, por favor explique.	Si	No
Durante el embarazo ¿Tomó la madre algún medicamento (además de las vitaminas/hierro)? Si responde si, por favor indique que medicina.	Si	No
¿Nació prematuro el bebé o con problemas? Si responde que si, por favor explique.	Si	No
Al nacer, ¿Tuvo el bebé algún problema para comenzar a respirar?	Si	No
¿Cuanto peso el bebé al nacer?	Escala Apgar (Si lo sabe):	
Durante su estancia en el hospital, ¿Sufrió el bebé alguna complicación? Si responde si, por favor explique.	Si	No
Por favor añada cualquier otra información que nos quiera proporcionar acerca del embarazo y parto.		

HISTORIAL FAMILIAR

¿Cuentan con buena salud ambos padres? Si no es así, por favor anote los problemas de salud y quien los padece.	Si	No		
Indique si el menor u otro miembro de su familia han padecido de alguna de las siguientes enfermedades	Menor	Familia	Si contesta que si, especifique quien.	
Anemia	Si	No	Si	No
Asma	Si	No	Si	No
Alergias	Si	No	Si	No
Diabetes	Si	No	Si	No
Problemas/Soplo Cardiaco	Si	No	Si	No
Tuberculosis	Si	No	Si	No

Trastornos psicológicos	Si	No	Si	No	
Problemas de abuso de drogas	Si	No	Si	No	
Abuso de Alcohol	Si	No	Si	No	
Enfermedades Hereditarias	Si	No	Si	No	
Cáncer	Si	No	Si	No	
Padecimientos oculares	Si	No	Si	No	
Frecuentes infecciones de oído	Si	No	Si	No	
Problemas urinarios	Si	No	Si	No	
Diarrea o Estreñimiento	Si	No	Si	No	
Convulsiones	Si	No	Si	No	
SIDA	Si	No	Si	No	
Otros	Si	No	Si	No	
¿Están en buena salud los hermanos(as) del menor? Si responde que no, por favor explique.					Si No
¿Ha fallecido alguno de sus hijos? Si responde que si, por favor explique.					Si No
Por favor añada cualquier información adicional que nos quiera proporcionar con respecto al historial de salud de la familia de su hijo.					

CONDICIONES AMBIENTALES EN EL HOGAR

Por favor encierre en un circulo lo que aplique: <input type="checkbox"/> Casa Propia <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Otro		
En su casa, ¿La temperatura más caliente del agua es de menos de 120 grados Fahrenheit?	Si	No
¿Tiene detector de humo que funcione en cada uno de los niveles de su vivienda?	Si	No
¿Su menor siempre usa un asiento o cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil?	Si	No
¿Alguien fuma en su hogar?	Si	No
¿Hay algún problema de deterioro en su vivienda? (insectos, ratas, paredes descascaradas)	Si	No
¿Tiene la boleta de vacunación de su hijo(a)?	Si	No
Por favor añada cualquier información adicional que desee proporcionar respecto al entorno de seguridad de su hijo(a).	Si	No

CON RESPECTO A SU DESARROLLO

¿Hay alguna pregunta con respecto a la salud de su hijo(a)?	Si	No
¿Hay alguna pregunta con respecto al desarrollo de su hijo(a)?	Si	No

¡GRACIAS!