

Formulario de antecedentes de nuevos pacientes pediátricos	
Nombre del paciente: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
Número de registro médico: _____	(si lo sabe)

**Servicio de Dermatología de MGH/ MGHfC**  
**Formulario de antecedentes de nuevos pacientes pediátricos**

**PEDIATRA:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Fue remitido por algún médico al Servicio de Dermatología? \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ sí**

**Los mismos datos anteriores**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Autorizo al Servicio de Dermatología para que deje mensajes en (seleccione):**

Teléfono de domicilio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

Diurno/Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**PROBLEMA(S) ACTUALES:**Cuál es el motivo de su consulta? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:**

Tiene algún problema de salud? Encierre en un círculo y complete.

Asma \_\_\_\_\_ Alergias estacionales \_\_\_\_\_ Eczema \_\_\_\_\_ Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_  
 Alergia a alimentos/animales (de qué tipo) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Ha tenido algún tipo de cirugía? \_\_\_\_\_no \_\_\_\_\_sí (enumere) \_\_\_\_\_

Ha estado hospitalizado alguna vez? \_\_\_\_\_no \_\_\_\_\_sí (enumere) \_\_\_\_\_

Sufre de alguna enfermedad del corazón? \_\_\_\_\_no \_\_\_\_\_sí

Debe tomar antibióticos antes de ir al dentista? \_ No \_\_\_ Sí (Por qué?) \_\_\_\_\_

Ha tenido quemaduras solares con ampollas? \_\_\_\_\_no \_\_\_\_\_sí

**MEDICAMENTOS:** Habitualmente toma medicamentos recetados o de venta libre?

Enumere

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_ (6) \_\_\_\_\_

Tiene alergia a algún medicamento? \_\_\_\_\_no \_\_\_\_\_sí Si contestó sí (enumere) \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Hay alguna enfermedad recurrente en su familia? \_\_\_\_no \_\_\_\_sí  
(enumere)

Ud. o alguno de sus parientes consanguíneos tiene melanoma? \_\_\_\_no \_\_\_\_sí (parentesco)\_\_\_\_\_  
Ud. o alguno de sus parientes consanguíneos tiene cáncer de piel? \_\_\_\_no \_\_\_\_sí (parentesco)\_\_\_\_\_  
Ud. o alguno de sus parientes consanguíneos tiene psoriasis? \_\_\_\_no \_\_\_\_sí (parentesco)\_\_\_\_\_  
Ud. o alguno de sus parientes consanguíneos tiene eccema? \_\_\_\_no \_\_\_\_sí (parentesco)\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES:**

Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Fuma? \_\_\_\_no \_\_\_\_sí

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:**

Actualmente o en el pasado, usted ha tenido problemas con cualquiera de lo siguiente: **Describe**

Salud en general \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Ojos \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Oído/Nariz/Garganta/Boca \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Corazón \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Hígado \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Pulmones \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Estómago/intestinos \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Riñones \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Dolor de cabeza/convulsión \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Trastorno psicológico \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Tiroides/diabetes \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Sangre/trastornos hemorrágicos \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

Mujeres: está embarazada? \_\_\_\_no \_\_\_\_sí\_\_\_\_\_

**Autorizo al Servicio de Dermatología para que divulgue  
mi información clínica a los médicos remitentes.**

**X**

**FIRMA DEL PACIENTE**

Fecha de hoy

Physician's Signature (*Firma del médico*)