



Children's Hospital Colorado

Patient Sticker Here

www.childrenscolorado.org

Children's Hospital Colorado Departamento de Neurología
SEGUIMIENTO DE LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE / FOLLOW-UP PATIENT HISTORY FORM

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del niño/paciente: Nombre de la persona que llena este formulario:

¿Quién completa este formulario?

- Madre Padre Otro tutor (explique el parentesco con el niño) Otro (sírvase explicar)

¿Cuál es el problema o asunto principal sobre el cual quiere hablar durante su consulta en neurología hoy?

¿Algún cambio en la lista de los medicamentos actuales? No Sí En caso afirmativo, describa:

¿Alguna reacción o efecto secundario con los medicamentos? No Sí En caso afirmativo, describa:

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Su hijo algún problema con lo siguiente? (por favor, conteste a continuación)

Table with 8 columns: Symptom, No, Sí, Describe brevemente, Organ System, No, Sí, Describe brevemente. Rows include: Crecimiento, Sueño, Humor, Piel, Ojos, Oídos/Nariz/Garganta, Corazón, Pulmones/respiración.

En los últimos 6 meses, ¿su hijo se ha sometido a algún análisis sanguíneo, procedimiento o gammagrafía?

No Sí En caso afirmativo, describa

En los últimos 6 meses, ¿su hijo ha recibido atención en alguna sala de urgencias?

No Sí En caso afirmativo, describa

FAMILIA

¿Ha habido algún cambio respecto a con quien vive su hijo? No Sí

En caso afirmativo, describa

¿Tiene nueva información acerca de la salud de un familiar que tenga problemas similares o relacionados a las inquietudes de su hijo?

No Sí En caso afirmativo, describa

EN LA ESCUELA Y EN CASA

Grado escolar: Nombre de la escuela:

¿Cómo están las calificaciones en la escuela?

- Excelente Bien Promedio Por debajo del promedio Deficiente

¿Su hijo tiene algún problema de aprendizaje nuevo o cambios en sus calificaciones? No Sí

¿Ha habido cambios en el plan de educación individual (IEP, por sus siglas en inglés) o en el plan 504 de su hijo?

- No Sí No corresponde

¿En qué actividades o deportes participa su hijo?

