



Kid Care Medical at
LEGACY
MEDICAL CARE



Historial Médico

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamento actual (incluya dosis (cantidad) por día)

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Alergia a algun medicamento: Sí No

Liste: _____

Historial Quirurgica: Sí No

Año	Cirugia

Hospitalización: Sí No

Fecha de entrada	Fecha de salida	Razón

Historial Social:

¿Fuma /usa tabaco? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Cuántos paquetes al día? _____

¿Usa tabaco en un método diferente? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Cuánto por día? _____

¿Usa drogas? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Qué tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Consume alcohol? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Consume cafeína? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Hace ejercicio? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo de pantalla tiene al día? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

