



2025 Paquete/Historial de admisión

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del paciente/cuidador:**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Hombre Mujer

Diagnosticos (si se conocen):

\_\_\_\_\_

Padres/Tutores: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #1: \_\_\_\_\_ Celular Casa Trabajo Otro

Teléfono #2: \_\_\_\_\_ Celular Casa Trabajo Otro

Correo electrónico #1: \_\_\_\_\_ Correo electrónico #2:

\_\_\_\_\_

Cómo se enteró de nosotros: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación de contacto de emergencia con el niño: \_\_\_\_\_

Información de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Médico del cliente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Otros médicos/especialistas involucrados en la atención:

Médico remitente (si es diferente al primario): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Otros médicos y especialistas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre de la compañía de seguros:** (si es Medicaid, sólo necesita indicar el ID de miembro y la sucursal de Medicaid)

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del seguro \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro, incluido el prefijo alfabético, si corresponde:

\_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado primario (si corresponde): \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado principal (si es diferente a la del paciente)

Relación con el paciente (marque uno): Mismo \_\_\_\_\_ Conyuge \_\_\_\_\_ Hijo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Trasfondo Familiar:**

Nombre del padre 1: \_\_\_\_\_ Nombre del padre 2: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado

Padre(s) Biológicos(s) Padre(s) Adoptivo(s) Padre(s) de crianza Abuelos(s) Ambos padres Pariente 1 Solamente Pariente 2 Solamente Otro:

¿Tiene el niño o hermanos o hay otros hermanos en el hogar?

Nombre Niño 1: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ M F Salud: \_\_\_\_\_

Nombre Niño 2: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ M F Salud: \_\_\_\_\_

Nombre Niño 3: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ M F Salud: \_\_\_\_\_

Nombre Niño 4: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ M F Salud: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre el entorno familiar/hogar?

\_\_\_\_\_

**Historial médico:**

Describa cualquier información pertinente sobre el historial médico de su hijo (cirugías, diagnósticos, etc. así como cuando fue diagnosticado y por quien:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**La salud de la madre durante el embarazo:**

¿Hubo alguna infección o enfermedad antes del nacimiento o durante el parto? Sí No En caso afirmativo describa:

\_\_\_\_\_

¿Cuál era la edad de la madre al momento del parto? \_\_\_\_\_ años

¿Hubo alguna complicación para la mamá durante el trabajo de parto o el parto?    Sí    No

**Salud del niño:**

¿Cuántas semanas de gestación tenía el niño cuando nació? \_\_\_\_\_ semanas (40 semanas es lo típico)

El niño pesaba \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ oz

¿Cómo nació el niño?    Vaginal    Cesárea

¿Hubo alguna complicación para su hijo durante el trabajo de parto o el parto?    Sí    No            En caso afirmativo, describa:

---

**Indique y describa todo lo que corresponda:**

Amigdalectomía	Sí	No
Adenoidectomía	Sí	No
Asma u otros problemas respiratorios	Sí	No
Problemas de conducta	Sí	No
Problemas cardiacos	Sí	No
Infecciones de oído	Sí	No
Tubos en los oídos	Sí	No
Pérdida de audición	Sí	No
Encefalitis	Sí	No
Meningitis	Sí	No
Paperas	Sí	No
Convulsiones	Sí	No
Lazo de lengua	Sí	No
Lesión cerebral traumática	Sí	No
Problemas de visión	Sí	No

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores, describirlas con más detalle:

---

---

---

Su hijo ha tenido alguna cirugía o ha sido hospitalizado alguna vez?    Sí    No

En caso afirmativo, indique cuándo y por qué:

---

---

¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento?    Sí    No

En caso afirmativo, indique los medicamentos, la dosis y para qué sirve:

---

---

---

¿Tiene su hijo alguna alergia activa? Sí No

En caso afirmativo, indique los alérgenos:

---

¿Su hijo utiliza algún equipo como un dispositivo de comunicación, andador, silla de ruedas, etc.? Sí No

En caso afirmativo, indique y/o describa:

---

¿Le han revisado la audición a su hijo? Sí No

En caso afirmativo, cuándo y cuál fue el resultado:

---

¿Le han revisado la visión a su hijo? Sí No

En caso afirmativo, cuándo y cuál fue el resultado:

---

### **Historial de Alimentación**

¿Su hijo hace alguna de las siguientes cosas?:

Atragantamiento con líquidos

Atragantamiento con alimentos

Evitar alimentos

Mantener alguna dieta especial ya sea alimenticia o líquida

Usar chupete

Chuparse el dedo

Por favor describa cualquiera de los anteriores que se indicaron:

---

---

---