



**TORNERIA PEDIATRICS LLC**

**HISTORIAL MEDICO**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac.** \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD CRONICA (ej: asthma, alergias, etc)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS: (dosis y frecuencia)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE NACIMIENTO (completer solo si su hijo(a) tiene menos de 24 meses)**

**Algun problema durante el embarazo** \_\_\_\_\_

**Medicamentos durante el embarazo** \_\_\_\_\_

**En que hospital nacio?** \_\_\_\_\_

**Cuanto peso al nacer?** \_\_\_\_\_

**Parto natural o cesaria?** \_\_\_\_\_