



Boston Children's Hospital

Plastic and Oral Surgery

Until every child is well™

Name Used
Preferred Pronouns

Legal Name
D.O.B.

Médico remitente: _____

Edad del paciente: _____

Razón de la visita de hoy: _____

Nombre de su farmacia y dirección: _____

Antecedentes del parto (**SÓLO PARA LACTANTES**): _____ **Peso al Nacer:** _____

Antecedentes médicos (Enfermedades pasadas y actuales):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Antecedentes quirúrgicos (Operaciones):

- 1. _____
- 2. _____

Medicamentos (Actuales):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Alergias (Medicamentos, Estacionales y Alimentos):

- 1. _____
- 2. _____

Antecedentes familiares:

¿Hay antecedentes familiares/personales de reacciones adversas a la anestesia? Sí/No

Por favor enumere los antecedentes familiares significativos:

Enfermedad:	Parentesco con el paciente:
1. _____	_____
2. _____	_____

Antecedentes Sociales: (Encierre en un círculo):

¿Viaje reciente de alto riesgo? Sí No

¿Exposición al humo de tabaco en casa? Sí No

PACIENTES ADULTOS:

Ocupación: _____

¿Fuma cigarrillos, cigarro electrónico o mastica tabaco?
Sí No

¿Bebe alcohol? Sí No

¿Está embarazada? Sí No

¿El paciente tiene o ha tenido algo de lo siguiente?

Por favor encierre en un círculo:

Problemas respiratorios/asma	Sí	No
Enfermedad hepática (hígado)	Sí	No
Tuberculosis	Sí	No
Hepatitis	Sí	No
Diabetes	Sí	No
Trastornos neurológicos	Sí	No
Enfermedad de la tiroides	Sí	No
Epilepsia o trastorno de convulsiones	Sí	No
Problemas cardíacos	Sí	No
Migrañas/Dolores de cabeza	Sí	No
Hipertensión	Sí	No
Trastornos Psiquiátricos	Sí	No
Enfermedad renal	Sí	No
Enfermedad de transmisión sexual	Sí	No
Trastorno estomacal/úlceras	Sí	No
VIH/CRS/SIDA	Sí	No
Cáncer u otros tumores	Sí	No
Cambios significativos de peso	Sí	No
Trastorno de la sangre	Sí	No
Trastorno de la alimentación	Sí	No

Clinician Notes:

Height: _____ Weight: _____ BMI: _____

Heart Rate: _____ Blood pressure: _____

Is the patient in pain? (Circle): Yes No

Paciente/ Padre/ Firma del Tutor legal
(si el paciente es menor de 18 años)

Imprenta/Letra de molde

Fecha

Firma del proveedor _____ Nombre en imprenta _____ Fecha _____