Cabarrus Pediatrics

Nombre del Niño(a)	Fecha de Nacimiento	M/F	Fecha de Hoy

Información de Contacto del Custodio Legal/ Madre	**Información de Contacto de Padre Alterno / Padre**
Nombre(s)	Nombre(s)
Relación	Relación
Dirección	Dirección
Teléfono	Teléfono
Teléfono del Trabajo / celular	Teléfono del Trabajo / celular
Información de Contacto de Emergencia	Por este medio concedo a las siguientes personas (mayores de 18 años) para traer a mi niño a Pediatría de Cabarrus para el cuidado médico y yo les concedo a las siguientes personas la autoridad para tomar decisiones médicas referentes a mi niño(a) en representación mía
Nombre(s)	
Relación	
Dirección	Nombre/Relación
Teléfono	
Teléfono del Trabajo / celular	Firma Fecha

Historia Familiar Biológica

Relación	Nombre	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud (o encierre de la lista que se indica abajo*	¿Con vida?
Madre				*Si / No*
Padre				*Si / No*
Hermano / hermana				*Si / No*
				Sí / No
				Sí / No
				Si / No
				Si / No
Abuela Maternal (La madre de la mamá)				*Sí / No*
Abuelo Paternal (El padre de la mamá)				*Sí / No*
Abuela Paternal (La madre del papá)				*Si / No*
Abuelo Paternal (El padre del papá)				*Sí / No*

***Problemas de Salud –** Favor de encerrar e incluir la(s) relación (es) con el paciente. Ejemplo: Asma, La abuela paternal

Enfermedad Cardiaca/ Ataque al corazón	Colesterol Alto	Presión Alta	Muerte inexplicable (menos de los 50 años de edad)	
Desorden del ritmo del Corazón	Derrame Cerebral	Diabetes	Problemas de peso	Cáncer
Alergias / eczema	Asma / enfermedad Pulmonar/CF/TB	Desorden Inmune/Infección	Desorden de Tiroide/Hormona	Sangre/Celula falciforme
Desorden Óseo/ Displacía de la cadera	Desorden Gastrointestinal	Desorden Renal/Urinario	Convulsiones/ Epilepsia	Migraña
Desorden Psiquiátrico	Retraso Mental	Defectos de Nacimiento /problema genético	Otro:	