

Kearny County Hospital

Ear, Nose, Throat, and Allergy Clinic

Formulario de Admisión para niño/niña

Julie A Munson, DO - Tiana Bishop, PA-C - Ginnie Rincones, APRN

Nombre de Niño: _____ DOB: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del Padre: _____

☐ Biológico

☐ Adoptivo

☐ Acogida/Colocación

☐ Si el niño es adoptado, está en cuidado de crianza o se coloca con usted, debe tener la documentación legal adecuada.

Proveedor de referencia: _____ Proveedor principal: _____

¿En qué ciudad vive su hijo? _____

¿Por qué están viendo a su hijo hoy? _____

Preferencia de farmacia: _____

Antecedentes médicos: _____

☐ Prematuridad/Complicaciones al nacer

☐ Asma

☐ Alergias

☐ Autismo

☐ Anomalías genéticas/Síndrome de down

☐ Accidentes

☐ Paladar hendido

☐ Infecciones de oído

☐ Traumatismo craneal/cuello/ facial

☐ Enfermedad gastrointes

☐ Pérdida de audición

☐ Enfermedad cardíaca

☐ Neumonía

☐ Vía aérea reactiva

☐ RSV

☐ Amigdalitis

☐ Retraso del habla

☐ Otro: _____

Antecedentes quirúrgicos:

☐ Ninguno

☐ Amígdalas/Adenoides

☐ Dental

☐ Circuncisión

☐ Fracturas

☐ Orejas

☐ Otro: _____

Hospitalizaciones: (con fechas si se conocen) _____

Alergias a alimentos/medicamentos: _____

Medicamentos actuales (recetados y de venta libre): _____

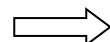
Historia Social:

¿Su hijo pasó la prueba de audición al nacer?

☐ Sí

☐ No

POR FAVOR, DÉ LA VUELTA Y COMPLETE LA PARTE POSTERIOR



Kearny County Hospital

Ear, Nose, Throat, and Allergy Clinic

¿Quién vive en la casa con su hijo? _____

¿Su hijo va a la guardería? ☐ Sí ☐ No ¿Escuela? ☐ Sí ☐ No Grado: _____

¿Están al día las vacunas de su hijo? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien en la familia, el hogar o la guardería fuma? ☐ Sí ☐ No

Antecedentes familiares:

Madre (edad/salud): _____

Padre (Edad/Salud): _____

Hermanos (Salud): _____

¿Qué ha experimentado su hijo en las últimas 2 semanas?

☐ Pérdida de audición	☐ Dolor de Oído	☐ Drenaje del oído	☐ Asma	☐ Fiebre
☐ Tos	☐ Dolor de garganta	☐ Hemorragias nasales	☐ Congestión nasal	☐ Alergias
☐ Salpudillo	☐ Dificultad para tragar	☐ Problemas del habla		
☐ Otro: _____				