

Today's Date: _____

Account #: _____

 Patient Name _____
 Nombre del Paciente _____

IDENTIFY THE PATIENT

 Date of Birth _____ Age _____ Sex: M F
 Fecha de Nacimiento mm/dd/yyyy Edad Sexo

 Your Name (Person Bringing Child) _____
 Su Nombre _____

Phone # _____

 Your relationship to child? _____
 Su relación al niño /a? _____

Address _____

City _____

State _____ Zip _____

 Primary Doctor Name & Phone Number _____
 Médico de atención primaria y telefono _____

 Pharmacy _____ /Cross Street _____
 Farmacia _____ Calle Cerca _____

 Reason for today's visit: _____
 Motivo de la visita de hoy _____

Please circle all that apply to today's visit:
Favor de marcar con un círculo:

General: Fever General: Fiebre	Chills Escalofríos	Fatigue Fatiga	Body Aches Dolores en el cuerpo	Malaise Malestar	
Eyes: Drainage Ojos: Drenaje	Pain Dolor	Redness Rojez	Blurred Vision Visión borrosa	Injury Lesión/Herida	
ENT: Nasal congestion ENT: Congestión	Runny nose Secreción nasal	Sore throat Dolor de garganta	Sores in mouth Llagas en la boca	Ear pain Dolor de oído	
Heart: Chest pain Corazón: Dolor de pecho	Palpitations Palpitaciones	Fast heartbeat Latidos rápidos del corazón			
Lungs: Cough Pulmones: Tos	Chest congestion Congestión del pecho	Wheezing Sibilancias	Shortness of breath Falta de aliento		
GI: Abdominal pain GI: Dolor Abdominal	Nausea Náusea	Vomiting Vómitos	Diarrhea Diarrea	Constipation Estreñimiento	Blood in stool Sangre en las Heces
Kidneys: Painful urination Riñones: Dolor al orinar	Frequent urination Orina frecuente	Blood in urine Sangre en la Orina	Flank pain Dolor en el Lado		
Skin: Rash Piel: Erupción	Itching Picazón/Comezón	Growth Crecimiento/Bulto			
Muscles/Bones: Músculos/Huesos:	Joint pain Dolor en las articulaciones		Joint swelling Hinchazón en las articulaciones	Limping Cojeando	Injury Herida
Neurological: Neurológico:	Headache Dolor de Cabeza	Dizziness Mareo	Seizure Convulsiones	Fainting Desmayo	Muscle Weakness Debilidad muscular

Medical Conditions (Physical/Psychiatric/Developmental) List: _____
Condiciones Médicas (Físico/Psiquiátrico/del desarrollo)

Hospitalizations/Surgeries (reason and date) _____
Hospitalizaciones/Cirugías (razón y fecha)

Current Medications (prescription and over the counter) _____
Medicamentos (receta y en el mostrador)

Any Allergies To: Meds? Y N _____ **Foods?** Y N _____ **Latex?** Y N _____
Alergias A: ¿Meds? Si No _____ ¿Comidas? Si No _____ ¿Latex? Si No _____

Shots up to date? Y N _____ **First Day** of last menstrual period (if applicable): _____
 ¿Vacunas al día? Si No _____ ¿El Primera Dia de su ultimo periodo menstrual? (regla) _____

 ++++++ **Below: For Office Use Only** ++++++

IDENTIFY PATIENT: @TRIAGE: DOB_NAME__ @PROVIDER: DOB_NAME__ @Lab: DOB_NAME__ @ X-Ray: DOB_NAME__

 *****Practitioner's Name * _____ **Room #** _____

Wt: _____ **kgs** **Ht:** _____ **cm** **Strep:** + / - **Mono:** + / - **Flu A:** + / - **Flu B:** + / - **HCG:** + / -

Time _____ Temp _____ RR _____ BP _____ / _____ HR _____ O2 Sat _____

Time _____ Temp _____ RR _____ BP _____ / _____ HR _____ O2 Sat _____

Orders: _____

School Note _____ **Work Note** _____ **PE/Activity Note** _____

Date/s From To

Date/s From To

Restriction/s Until