



Rady Children's Hospital - San Diego
 3020 Children's Way
 San Diego, California 92123-4282

**Emergency Care Center
 PATIENT INFORMATION
 SHEET**



DT78630

Name: _____ Date of Birth: _____

Parents/Guardians: Please help us provide the best possible care for your child by filling out this sheet as best you can.

Allergies to medications (list drug and what happened): _____ None

Immunizations: Up-to-date Not up-to-date Unsure

Missing immunizations: _____

Regular physician: _____ Phone: _____ Date of last visit: _____

Current medications and doses: _____ None

What illnesses has your child been exposed to recently?: _____

Other common infections? _____ None

Major Illnesses/Conditions: _____ None

Previous Surgeries: _____ None

Overnight hospital stays (give age and reason why): _____

_____ None

Who are the patient's main caretakers? Mother Father Self Other _____

Who is the legal guardian? _____ Who else lives at home? _____

Does the patient attend day care? Yes No Does anyone in the house smoke? Yes No

Do any of the following conditions run in the family?	Yes	No	What relative?
Seizures (epilepsy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heart problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other serious childhood illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deaths in childhood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Has the patient had any of the following symptoms in the last 48 hours? (Please check YES or NO)

	Yes	NO		Yes	NO
Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ear pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runny Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Painful urination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye discharge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Increased drinking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sore throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Easy bruising/bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limb pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomiting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

The information above is complete and accurate to the best of my knowledge.
 PARENT / GUARDIAN SIGNATURE _____
 _____ Date: _____

I have reviewed the above information and made revisions where appropriate.
 PHYSICIAN SIGNATURE _____
 _____ Date/Time: _____



Rady Children's Hospital - San Diego
3020 Children's Way
San Diego, California 92123-4282

Centro de Urgencias
INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padres / tutores: Al responder estas preguntas con la exactitud, nos ayudará a brindarle la mejor atención posibles a su niño(a)

Alergias a medicamentos (enumere y diga lo que causan): _____ Ninguna

Vacunas: Están al día No están al día No estoy seguro(a)

¿Cuáles vacunas le faltan? _____

Médico Primario _____ Teléfono: _____ Fecha de la última cita: _____

Medicinas actuales y la dosis: _____ Ninguna

¿A que enfermedades su hijo/hija ha estado recientemente expuestos? _____

¿Qué otras infecciones comunes? _____ Ninguna

Enfermedades mayores / condiciones médicas _____ Ninguna

Cirugías anteriores: _____ Ninguna

Hospitalizaciones (a qué edad y por cuál razón): _____

_____ Ninguna

¿Personas principales encargadas del paciente? Madre Padre de sí mismo Otro _____

¿Quién es el tutor legal? _____ ¿Quiénes más viven en su casa? _____

¿Asiste el paciente a una guardería? Sí No ¿Alguien fuma en su casa? Sí No

¿Algunas de las siguientes condiciones médicas corren en la familia?: ¿Si contestó "sí," ¿quién lo padece?

	Sí	No	
Convulsiones (epilepsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras enfermedades serias de la niñez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fallecimiento en niñez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿El / la paciente ha sufrido alguno de estos los síntomas en las últimas 48 horas? (Marque sí o no.)

	Sí	NO		Sí	NO
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción o ronchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción nasal (moco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión (estado de ánimo bajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreciones de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma mas de lo usual? (¿Está más sediento?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangra o forma moretes con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón o dolor de alguna extremidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hasta donde yo sepa, esta información esta completa y correcta.

Firma del Padre o Tutor Legal

_____ Fecha _____

I have reviewed the above information and made revisions where appropriate.
PHYSICIAN SIGNATURE

_____ Date/Time: _____