Medical History (Historial medico)

Child's Name (Nombre): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

Allergies (Alergias): _____

Sharing | Healing | Inspiring | Nurturing | Enduring

S.H.I.N.E

PEDIATRIC PALLIATIVE CARE

Date: (Fecha)	**Surgery/Illness/Hospitalization:** (Cirugía/Enfermedad/Hospitalización)	**How long it lasted:** (¿Cuánto tiempo duró?)	**Medicine/Treatment:** (Medicina/Tratamiento)	**Doctor/Nurse Practitioner:**	**Location:** (Ubicación)

Date: (Fecha)	**Surgery/Illness/Hospitalization:** (Cirugía/Enfermedad/Hospitalización)	**How long it lasted:** (¿Cuánto tiempo duró?)	**Medicine/Treatment:** (Medicina/Tratamiento)	**Doctor/Nurse Practitioner:**	**Location:** (Ubicación)

Date: (Fecha)	**Surgery/Illness/Hospitalization:** (Cirugía/Enfermedad/Hospitalización)	**How long it lasted:** (¿Cuánto tiempo duró?)	**Medicine/Treatment:** (Medicina/Tratamiento)	**Doctor/Nurse Practitioner:**	**Location:** (Ubicación)

These sheets help you organize important health information for your child.
After completion, please bring this to all of your medical appointments.

Estas hojas te ayudan a organizer la información importante de la salud para tu niño.
Después de la realización trae por favor esto a todas tus citas médicas.

blankchildrens.org/shine

Blank Children's Hospital
UnityPoint Health

UnityPoint at Home