

Forma completada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Historia de Nacimiento:**

Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ lbs, Estatura al Nacer: \_\_\_\_\_ in. Nació a Tiempo: Si [ ] Antes de tiempo [ ] Si nació antes, Cuantas semanas de gestación? \_\_\_\_\_

Tuvo la mama alguna complicación o Enfermedad durante el embarazo? \_\_\_\_\_ Cuales complicaciones? \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, la madre: Fumo? \_\_\_\_\_ Tomo alcohol? \_\_\_\_\_ Uso drogas? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI, cuales uso \_\_\_\_\_

¿El bebé tuvo algún problema después del nacimiento? Explique. \_\_\_\_\_

¿El bebé fue dado de alta del hospital con la mamá? \_\_\_\_\_. ¿En qué hospital nació el bebé? \_\_\_\_\_

Tipo de parto: [ ] Vaginal [ ] Cesárea. Cual fue la Alimentación inicial: [ ] Leche materna o [ ] Formula?

**General: (Explique si la respuesta es SI)**

Cree usted que su hijo es enfermizo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna enfermedad grave o condición médica? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo alguna cirugía? \_\_\_\_\_, Explique qué tipo y cuándo. \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha sido hospitalizado? \_\_\_\_\_ ¿Para qué y dónde? \_\_\_\_\_

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_

**Desarrollo:**

Describe cualquier preocupación sobre el desarrollo físico de su hijo(a). \_\_\_\_\_

Describe cualquier preocupación sobre el desarrollo mental o emocional de su hijo(a). \_\_\_\_\_

Describe cualquier preocupación acerca de la capacidad de atención de su hijo(a). \_\_\_\_\_

Describe cualquier preocupación sobre el comportamiento de su hijo(a) en la escuela. \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado algún grado en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Cómo está en materias académicas? \_\_\_\_\_

Está en clases especiales o de recursos? \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

¿Durante el día o las horas de trabajo quien cuida a su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Hay armas presentes en la casa? \_\_\_\_\_. ¿están en un lugar seguro lejos de sus hijos? \_\_\_\_\_

A usted notado Moho(hongo) en la casa? Si \_\_\_ no \_\_\_\_\_

¿Tiene agua de poso o agua de la ciudad en su hogar? \_\_\_\_\_

Tipo de calentador en casa? [ELÉCTRICO] [CHIMENEA] [GAS NATURAL] [QUEROSENO] [PROPANO] [CALENTADORES ESPACIALES][ESTUFA DE LEÑA]

¿Alguien que vive con el niño fuma? \_\_\_\_\_.

En caso de que respondió que SI, indique los miembros de la familia que fuman: \_\_\_\_\_

¿Dónde fuman estos miembros de la familia? **A DENTRO:** (SIEMPRE) (A VECES) (NUNCA) ] [**A FUERA:** (SIEMPRE) (A VECES) (NUNCA) ]

¿El niño vive en: [APARTAMENTO] [CASA] [CASA MOVIL]

Documente si tiene animales en la casa, y si están a dentro o a fuera de la casa: \_\_\_\_\_

Forma completada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**¿El niño(a) tiene o ha tenido alguna vez:**

Varicela: \_\_\_\_\_

Infección frecuente del oído: \_\_\_\_\_

Problemas con el oído o la audición: \_\_\_\_\_

Alergias Nasales: \_\_\_\_\_

Problemas con los ojos o la vista: \_\_\_\_\_

Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía: \_\_\_\_\_

Cualquier problema cardíaco o soplos cardíacos: \_\_\_\_\_

Anemia o problemas de la sangre: \_\_\_\_\_

Transfusión de sangre: \_\_\_\_\_

Dolor abdominal frecuente: \_\_\_\_\_

Estreñimiento que requiere visitas al médico: \_\_\_\_\_

Infección de la vejiga o riñón: \_\_\_\_\_

Mojar la cama (después de los 5 años ): \_\_\_\_\_

Cualquier problema crónico o recurrente de la piel: \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza frecuentes: \_\_\_\_\_

Convulsiones o otros problemas neurológicos: \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

Tiroides o otros problemas endocrinos: \_\_\_\_\_

Cualquier otro problema significativo: \_\_\_\_\_

Uso de alcohol o drogas: \_\_\_\_\_

[Solo para NIÑAS] Cuando fue su primer ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

[Solo para NIÑAS] Problemas del ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

**Por favor indique cualquier otra información que debamos conocer sobre su hijo(a):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_