

Parte 1 – Historia de nacimiento

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Fue el embarazo de plazo completo? Si No

Algun problema con el parto? _____

Peso del bebe al nacer: _____

Parte 2 – Historia de embarazo de la madre

Algun problema con el embarazo? _____

Uso alcohol, drogas o tabaco la madre durante el embarazo? _____

Uso medicamentos la madre durante el embarazo? _____

Ha tenido infecciones venereas la madre? Si No; cuales? _____

Cuantas veces ha estado embarazada la madre? _____

Cuantos hijos vivos tiene la madre? _____

Parte 3 – Medicamentos

Medicamentos o vitaminas que este tomando su hijo(a): _____

Parte 4 – Reacciones alergicas

Ha tenido su hijo(a) alguna reaccion alergica a medicamentos o comidas? Si No

A que ha tenido reaccion? _____

*****Si su hijo(a) es recién nacido continúe a la Parte 8 – Historia familia*****

Parte 5 – Historia medica pasada

Nombre de doctor(es) anterior(es): _____

Están las vacunas de su hijo(a) al día? Si No

Si no están al día, porque? _____

Ha tenido su hijo(a) alguna de estas condiciones:

- | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Asma | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sintomas de alergias | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Pulmonia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Viruela | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Paperas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Escarlatina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Sarampion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Infecciones del oido | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Fracturas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas del audicion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Infecciones del rinion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas del habla | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Eczema | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Abuso infantil | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de sangrar | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Abuso sexual | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | |

Ha tenido su hijo(a) hospitalizaciones or operaciones? Si No

Cuando, en donde y por que? _____

Parte 6 – Crecimiento y desarrollo

Tiene usted preguntas sobre el desarrollo de su hijo(a)? _____

Algun doctor le ha dicho que su hijo(a) tiene retraso en el desarrollo? Si No

Parte 7 – Historia escolar

En que año va en la escuela su hijo(a)? _____

Su hijo(a) had tenido problemas en la escuela? _____

Su hijo(a) asiste a escuela o clases especiales? Si No

Su hijo(a) ha tenido problemas de disciplina o comportamiento? Si No

Su hijo(a) ha sido visto por un psicologo, terapeuta de lenguaje, o profesores especiales? Si No

Parte 8 – Historia familiar

Anote el nombre de **todas las personas** viviendo en el mismo hogar que su hijo(a)

Relacion al paciente	Nombre	Edad	Problemas de salud
Madre			
Padre			

Viven los padres del niño juntos? Si No

Alguien fuma en la casa? Si No

Alguien en la familia ha tenido estos problemas:

Asma Si No

Tuberculosis Si No

Eczema Si No

Diabetes Si No

Cancer Si No

Muerte de infancia Si No

Alcohol/drogas Si No

Retraso mental Si No

Sintomas de alergias Si No

Problemas de sangrar Si No

Presion alta Si No

Ataque al corazon Si No

Convulsiones Si No

Defectos de nacimiento Si No

Problemas mentales Si No

Suicidio Si No

Reviewed by Physician

Date