

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Por favor tome unos minutos para llenar el formulario tan completamente como pueda. Si tiene preguntas estaremos encantados de ayudarle.

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino o Femenino Apodo: _____

Por favor enumere a todos los que viven en el hogar del niño (padres, abuelos, etc.)

Nombre	Relación al niño	Edad	Problemas de salud

¿Hay un fumador viviendo en la casa del niño?

Si _____ No _____

¿Quien? _____

Si la madre y el padre no viven juntos, con quien vive el niño/a?

Historia del nacimiento- para niños menores de 5 años

Peso al nacer: _____ Como fue el parto: ¿Vaginal? O ¿Cesárea?

¿En cuántas semanas de gestación nació el bebé? _____ Fue la alimentación inicial: ¿La Mama? O ¿El biberón?

¿Tu bebé tuvo algún problema después del nacimiento? Si o No Explica _____

¿La madre tenía atención prenatal regular? Si o No

¿La madre tenía alguna enfermedad o problema con su embarazo? Si o No Explica _____

¿El bebé se fue a casa con la madre después del hospital? Si o No Explica _____

Durante el embarazo, La mama: ¿Fumo? Si o No ¿Tomo alcohol? Si o No

Uso drogas o medicamentos: Si o No ¿Que? _____ ¿Cuándo? _____

General

¿Considera que su hijo tiene buena salud? Si No Explica _____

¿Su hijo tiene alguna enfermedad grave o condición médica? Si No Explica _____

¿Ha tenido su hijo alguna lesión o accidente grave? Si No Explica _____

¿Su hijo ha tenido alguna cirugía? Si No

¿Su hijo ha sido hospitalizado desde su nacimiento? Si No Explica _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento, incluyendo vitaminas, minerales o suplementos herbales? Si No

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Si No Explica _____

¿Alguna alergia a comida, a las picaduras de insectos? Si No Explica _____

Desarrollo

¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo? Si No Explica _____

¿Le preocupa el desarrollo mental o emocional de su hijo? Si No Explica _____

¿Le preocupa la capacidad de atención de su hijo? Si No Explica _____

¿Su hijo tiene algún problema para hablar? Si No Explica _____

Si está en la escuela, ¿cómo le va a su hijo en las clases académicas? Explica _____

¿Su hijo ha mostrado signos de pubertad? Si No Explica _____

Historia pasada

¿Su hijo tiene, o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes?

Varicela	Si o No	Infección de vejiga o riñón.	Si o No
Infecciones frecuentes del oído	Si o No	Mojar la cama (después de los 5 años)	Si o No
Problemas al escuchar	Si o No	Algún problema crónico de la piel	Si o No
Alergias nasales	Si o No	Dolores de cabeza frecuentes	Si o No
Problemas con los ojos o la vista	Si o No	Convulsiones	Si o No
Asma, Bronquiolitis, Neumonía	Si o No	Problema neurológico	Si o No
Algún problema cardíaco o soplo cardíaco	Si o No	Diabetes	Si o No
Anemia o problemas de sangre	Si o No	Tiroides y otros problemas endocrinos	Si o No
Transfusión de sangre	Si o No	Algún otro problema significativo	Si o No
Dolor abdominal frecuente	Si o No	Consumo de alcohol o drogas	Si o No
Estreñimiento que requiere visitas al médico	Si o No	Uso de productos de tabaco	Si o No
Por favor, elaborar sobre cualquier respuesta sí: _____			

Historia familiar

Tienen miembros de la familia del lado de la madre y el padre que tengan los siguientes:

Sordera	Si o No	Enfermedad del Riñón	Si o No
Alergias nasales	Si o No	Mojar la cama (después de los 10 años)	Si o No
Asma	Si o No	Convulsiones	Si o No
Tuberculosis	Si o No	Diabetes	Si o No
Enfermedad cardíaca	Si o No	Abuso de alcohol	Si o No
Muerte inexplicable o súbita	Si o No	Abuso de drogas	Si o No
Presión arterial alta	Si o No	Enfermedad mental	Si o No
Colesterol alto	Si o No	Retraso mental	Si o No
Anemia o problemas de sangre	Si o No	Problemas inmunes, VIH o Sida	Si o No
Enfermedad del Hígado	Si o No	Algún otro problema significativo	Si o No
Por favor, elaborar sobre cualquier respuesta sí: _____			

Por favor háganos saber quién nos refirió a su familia para que podamos agradecerles. _____

Quien esta completando este formulario: _____ Relación al niño/a: _____

Firma: _____ Fecha: _____