



Nombre de paciente _____ Fecha nac: ____/____/____ Masculino/Femenino Edad: _____

Nombre de la persona que completa la forma: _____ Relación con el Paciente: _____

¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? SI NO

En caso afirmativo, indique el medicamento, dosis y el nombre del médico: _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO

HOSPITAL: _____

Peso de nacimiento ____ lbs ____ oz

Término o Prematuro (____ semanas) Parto vaginal o cesárea

Si prematuro, detalles: _____ Grupo sanguíneo _____

Complicaciones	Sí	No			
Pasó examen de audición	Sí	No	Desconozco		
Recibió la Primera Hep B	Sí	No			
Circuncisión	Sí	No	N/A	¿Cuándo? _____	Detalles _____
Hospitalización	Sí	No		¿Cuándo? _____	Detalles _____
Cirugías	Sí	No		Detalles _____	_____

¿Su hijo tiene un historial de alguno de los siguientes problemas?

Retraso en el desarrollo	ADD/ADHD	Parálisis cerebral	Prematuro
Rinitis Alérgica/fiebre del heno	Diabetes	Infecciones del oído	PT / OT / Terapia del habla
Asma/sibilancias	Eczema	Trastorno convulsivo	Ninguno de éstos
Problemas Comportamiento/Emocionales	GE Reflujo	Infecciones urinarias	

HISTORIA DE FAMILIA ¿Algún miembro de la familia (incluyendo padres biológicos, abuelos/as, tíos/as, hermanos/as) padeció alguna de las siguientes?

Enfermedad del corazón < 55 años	Colesterol alto	Alergias	ADD/ADHD	Problemas de salud mental
Trastorno convulsivo	Diabetes	Asma	Abuso de sustancias	

Historial Familiar adicional: _____

HISTORIA SOCIAL Por favor mencione todas las personas que viven en el hogar del niño:

Nombre	Relación	Fecha Nacimiento	Problemas de salud

¿Cuál es el estado civil de los padres? Soltero Casado Divorciado No casados/convivencia

¿Hay alguien que fuma en casa? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién fuma? _____