



Estimados Padres,

Al completar este cuestionario, se obtiene un registro más completo de su hijo(a). También nos proporciona un historial permanente al que podemos referirnos más adelante. Esto le ahorra tiempo a usted y a nosotros. Responda todas las preguntas que pueda; no se preocupe por aquellas que deje en blanco. Conversaremos con usted sobre cualquier punto que usted o nosotros consideremos que deba explicarse con más detalle.

Apellido del Paciente	Primero	Edad	Fecha
-----------------------	---------	------	-------

Historial Médico:

¿A cuántas semanas nació su hijo(a)?	
Peso al nacer:	
Después de nacer, ¿su hijo(a) tuvo problemas en el hospital?	

¿Su hijo(a) tiene:

Condición:	Sí	No
Alergias a alimentos o medicamentos		
Antecedentes de cirugía o hospitalización		
Estreñimiento frecuente		
Diarrea o vómitos frecuentes		
Dolor abdominal frecuente		
Alergias nasales		
Asma o sibilancias recurrentes		
Eccema o urticaria		
Infecciones de oído		
Infecciones recurrentes de los senos paranasales o neumonía		
Problemas de audición		
Problemas de visión		
Problemas dentales		
Infecciones urinarias o problemas del tracto urinario		
Convulsiones		
Dolores de cabeza		

¿Tiene preocupaciones sobre el/la hijo(a) en cuanto a:

Preocupación:	Sí	No
Comportamiento		
Desarrollo		

Historial Familiar

Por favor, indique el nombre y cualquier condición médica de cada padre.

Nombre del padre/madre	Condición médica, si la hay

Por favor, indique los nombres de los hermanos del niño(a) y sus condiciones médicas, si las hubiera.

Nombre del hermano(a)	Condición médica, si la hay

Marque cualquiera de las siguientes condiciones que haya tenido algún miembro de la familia del niño(a). Por favor, indique la relación del familiar con el niño(a)..

Condiciones Médicas	Relación con el niño(a)
Asma	
Fallecimiento inesperado antes de los 50 años	
Diabetes	
Trastornos genéticos	
Enfermedad cardíaca	
Hipertensión arterial	
Enfermedad mental	
Alergias estacionales	
Convulsiones	
Problemas escolares	
Misceláneos	