



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 del Embarazo, Nacimiento y Recién Nacido

- | | | |
|--|----|----------|
| 1. Tuvo usted alguna enfermedad durante su embarazo? | Sí | No |
| 2. El bebé llegó a tiempo? | Sí | No |
| 3. Qué edad tenía usted cuando nació el bebé? | | años |
| 4. Cuántas veces ha estado embarazada? | | _____ |
| 5. Cuántas horas duró el trabajo de parto? | | horas |
| 6. Cuánto pesó el bebé al nacer? | | lbs. oz. |
| 7. Tuvo su bebé algún problema para comenzar a respirar? | Sí | No |
| 8. Tuvo el bebé algún problema mientras estaba en el hospital? | Sí | No |

Historial Familiar

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

Nombre del padre/madre	Condición médica, si la hay

Antecedentes familiares (continuación)

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	