WESTSIDE PEDIATRIC CLINIC P

Queridos Padres,

Se obtiene un registro más completo de su hijo completando este cuestionario. También nos da una historia permanente a la que podemos referirnos más adelante. Ahorra su tiempo y el nuestro. Responda todas las preguntas que pueda, no se preocupe por las que se salte. Discutiremos los elementos que usted o nosotros creemos que deberían explicarse más detalladamente.

_____

Nombre del paciente: Apellido, nombre Edad Fecha

Historia familiar

1. Escriba el nombre, la edad, el estado general de salud y los años de educación de los padres del niño:

Madre:

Padre:

2. Indique los nombres, la edad, la salud general de los hermanos y hermanas del niño:

   1._____

   2._____

   3._____

   4._____

3. ¿Ha fallecido alguno de sus hijos? Si No

4. Marque cualquiera de las siguientes enfermedades que padezcan los padres, hermanos, hermanas, tíos o primos hermanos han tenido:

Problemas escolares	Diabetes	presión alta	Deformidades
Enfermedades mentales	Convulsiones	Enfermedad cardíacas	Muerte prematura
Asma	Alergias	Enfermedades hereditarias	

5. ¿Qué médicos han atendido su hijo/a en el pasado?

   _____