



Estimado Padre/Madre,

Al completar este cuestionario, obtenemos un registro más completo de su hijo/a. También nos proporciona un historial permanente al que podemos hacer referencia más tarde. Ahorra su tiempo y el nuestro. Responda todas las preguntas que pueda, no se preocupe por las que omita. Discutiremos con usted cualquier elemento que usted o nosotros consideremos que debe explicarse más detalladamente.

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

Historial del Embarazo, Nacimiento y Recién Nacido

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

Historial Médico

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Su hijo/a tiene alergias alimentarias o a medicamentos | Yes | No |
| 2. Su hijo/a tiene antecedentes de cirugía u hospitalizaciones? | Yes | No |
| 3. Su hijo/a tiene antecedentes de estreñimiento frecuente? | Yes | No |
| 4. Su hijo/a tiene antecedentes de diarrea o vómitos frecuentes? | Yes | No |
| 5. Su hijo/a tiene dolor abdominal con frecuencia? | Yes | No |
| 6. Su hijo/a tiene alergias nasales? | Yes | No |
| 7. Su hijo/a tiene asma o antecedentes de sibilancias recurrentes? | Yes | No |
| 8. Su hijo/a tiene eczema o urticaria? | Yes | No |
| 9. Su hijo/a tiene antecedentes de infecciones de oído? | Yes | No |
| 10. Su hijo/a tiene antecedentes de infecciones sinusales recurrentes o neumonía? | Yes | No |
| 11. Su hijo/a tiene antecedentes de problemas de audición? | Yes | No |
| 12. Su hijo/a tiene antecedentes de problemas de visión? | Yes | No |
| 13. Su hijo/a tiene antecedentes de problemas dentales? | Yes | No |
| 14. Su hijo/a tiene antecedentes de infecciones del tracto urinario o problemas? | Yes | No |

- | | | |
|---|-----|----|
| 15. Su hijo/a tiene antecedentes de convulsiones? | Yes | No |
| 16. Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo/a? | Yes | No |
| 17. Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo/a? | Yes | No |
| 18. Su hijo/a tiene antecedentes de dolores de cabeza frecuentes? | Yes | No |

Historial Familiar

Por favor, liste cada nombre, edad y estado de salud general de cada padre.

Padre/Madre Nombre: _____

Padre/Madre Edad: _____

Salud General del Padre/Madre: _____

Padre/Madre Nombre: _____

Padre/Madre Edad: _____

Salud General del Padre/Madre: _____

Por favor, liste nombres, edad, y salud general de hermanos/as del niño/a:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Marque cualquier enfermedad que hayan tenido los padres, hermanos/as, abuelos/as, tíos/as o primos/as de este niño/a:

<input type="checkbox"/> Problemas Escolares <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Muerte Temprana <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedades Hereditarias
--

Qué médicos han atendido a su hijo/a en el pasado? _____