

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: (mes/día/año): _____ Fecha: _____

SELECCIONE DE LAS CONDICIONES A CONTINUACIÓN AQUELLAS QUE SU NIÑO(A) PADECE AHORA O HA TENIDO EN EL PASADO.		ALERGIAS:	
<input type="checkbox"/> Alcoholismo / drogadicción <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Problema de sangrado <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o los pulmones <input type="checkbox"/> Cáncer – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones <input type="checkbox"/> Desecho genital / dolor <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón / Infarto <input type="checkbox"/> Hepatitis – tipo: _____	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Problemas del estomago <input type="checkbox"/> Incidentes cerebrovasculares <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tiroides _____ <input type="checkbox"/> Ulcera <input type="checkbox"/> Problemas urinarios / dolor	MEDICAMENTOS ACTUALES: <i>Incluya los medicamentos recetados, vitaminas, y medicamentos sin receta o preparaciones herbales</i>	
		VACUNAS	
		¿Las vacunas de su niño(a) están al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Incierto	
		HISTORIA DEL EMBARAZO DE LA MADRE	
		Embarazo: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Alumbramiento: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Parto: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea Alimentación: <input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Botella Comentarios: _____	
¿SU NIÑO(A) HA SIDO HOSPITALIZADO O HA TENIDO CIRUGÍA, LESIONES O ENFERMEDADES GRAVES? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE A CONTINUACIÓN:		AÑO	
HISTORIA FAMILIAR Seleccione si algún miembro de la familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones. Escriba la relación con usted en el espacio.			
<input type="checkbox"/> El Alcoholismo / drogadicción <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer- tipo: _____ <input type="checkbox"/> Depresión/Problema de salud mental <input type="checkbox"/> Diabetes-tipo: _____ <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis-tipo: _____ <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (enfisema / tuberculosis) <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Otros _____			
		HISTORIA SOCIAL	
		<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se siente que el niño(a) está físicamente y emocionalmente seguro en su relación y en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. ¿Tiene preocupaciones financieras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 3. ¿El / La niño(a) tiene problemas de visión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4. ¿El / La niño(a) tiene problemas de audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 5. ¿El / La niño(a) tiene problemas de aprendizaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 6. ¿El / La niño(a) tiene algún problema emocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 7. ¿El / La niño(a) hace ejercicio con regularidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Actividad: _____ Con cuanta frecuencia? _____ 8. ¿El / La niño(a) consume alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, tipo: _____ frecuencia: _____ 9. ¿El / La niño(a) usa drogas ilegales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, tipo: _____ frecuencia: _____ 10. ¿El / La niño(a) usa tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo tipo: _____ # veces por día: _____ desde: _____ 	

DESARROLLO FÍSICO

A qué edad su niño (a)

Se sentó: _____ Habló: _____ Caminó: _____

Comió por sí' mimo: _____

Primer ciclo menstrual (si se aplica): _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Proveedor _____ Fecha: _____