

**Parte 1 – Historia de nacimiento**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fue el embarazo de plazo completo?  Si  No

Algun problema con el parto? \_\_\_\_\_

Peso del bebe al nacer: \_\_\_\_\_

**Parte 2 – Historia de embarazo de la madre**

Algun problema con el embarazo? \_\_\_\_\_

Uso alcohol, drogas o tabaco la madre durante el embarazo? \_\_\_\_\_

Uso medicamentos la madre durante el embarazo? \_\_\_\_\_

Ha tenido infecciones venereas la madre?  Si  No; cuales? \_\_\_\_\_

Cuantas veces ha estado embarazada la madre? \_\_\_\_\_

Cuantos hijos vivos tiene la madre? \_\_\_\_\_

**Parte 3 – Medicamentos**

Medicamentos o vitaminas que este tomando su hijo(a): \_\_\_\_\_

**Parte 4 – Reacciones alergicas**

Ha tenido su hijo(a) alguna reaccion alergica a medicamentos o comidas?  Si  No

A que ha tenido reaccion? \_\_\_\_\_

***\*\*Si su hijo(a) es recién nacido continúe a la Parte 8 – Historia familia\*\****

**Parte 5 – Historia medica pasada**

Nombre de doctor(es) anterior(es): \_\_\_\_\_

Estan las vacunas de su hijo(a) al dia?  Si  No

Si no estan al dia, porque? \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo(a) alguna de estas condiciones:

- |                        |                             |                             |                        |                             |                             |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Asma                   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sintomas de alergias   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas emocionales  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Pulmonia               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Viruela                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Paperas                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Escarlatina            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Sarampion              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Infecciones del oido   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas de la vista  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Fracturas              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas del audicion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Infecciones del rinion | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Problemas del habla    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Eczema                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Abuso infantil         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de sangrar   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Abuso sexual           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Dolores de cabeza      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |                        |                             |                             |

Ha tenido su hijo(a) hospitalizaciones or operaciones?  Si  No

Cuando, en donde y por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Parte 6 – Crecimiento y desarrollo**

Tiene usted preguntas sobre el desarrollo de su hijo(a)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Algun doctor le ha dicho que su hijo(a) tiene retraso en el desarrollo?  Si  No

### **Parte 7 – Historia escolar**

En que año va en la escuela su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) had tenido problemas en la escuela? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) asiste a escuela o clases especiales?  Si  No

Su hijo(a) ha tenido problemas de disciplina o comportamiento?  Si  No

Su hijo(a) ha sido visto por un psicologo, terapeuta de lenguaje, o profesores especiales?  Si  No

**Parte 8 – Historia familiar**

Anote el nombre de **todas las personas** viviendo en el mismo hogar que su hijo(a)

Relacion al paciente	Nombre	Edad	Problemas de salud
Madre			
Padre			

Viven los padres del niño juntos?  Si  No

Alguien fuma en la casa?  Si  No

Alguien en la familia ha tenido estos problemas:

Asma  Si  No

Tuberculosis  Si  No

Eczema  Si  No

Diabetes  Si  No

Cancer  Si  No

Muerte de infancia  Si  No

Alcohol/drogas  Si  No

Retraso mental  Si  No

Sintomas de alergias  Si  No

Problemas de sangrar  Si  No

Presion alta  Si  No

Ataque al corazon  Si  No

Convulsiones  Si  No

Defectos de nacimiento  Si  No

Problemas mentales  Si  No

Suicidio  Si  No

\_\_\_\_\_  
*Reviewed by Physician*

\_\_\_\_\_  
*Date*