

Cuestionario de Historial Inicial

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Hogar: Anote todos los que viven en el hogar del niño

Nombre	Relación al niño	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Antecedentes Médicos

Peso de Nacimiento: _____ Vaginal: _____ Cesárea: _____

Historia Materna con el embarazo: _____

Durante el Embarazo Consumo: Tabacco: _____ Drogas: _____ Alchol: _____

¿Su bebé se fue a casa del hospital con usted? _____

¿Su hijo(a) tiene alguna condición de salud crónica? _____

¿Su hijo(a) ha tenido alguna cirugía u hospitalización? _____

Cualquier medicamento o ALERGIA a medicamentos? _____

¿Cualquier preocupación sobre su hijo: Desarrollo físico, mental o emocional, comportamiento en la escuela, los académicos? _____

Antecedentes Familiares

¿Algún miembro de la familia ha tenido asma, sordera, presión arterial alta, colesterol alto, diabetes antes de los 50 años, enfermedades mentales o problemas inmunológicos o cualquier otro problema? _____
