

## Historia de Salud

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirreccion \_\_\_\_\_ # de telefono de casa \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ # de celular \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ #de trabajo \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

El nino es alergico algun medicamento  Si  No

o comindas?

cuales son? \_\_\_\_\_

Cuantas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Ninos \_\_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_\_

Regularmente alguien mas cuida ha su nino (a)?  Si  No

## Historia de Nacimiento

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_

Tuvo problemas al nacer? \_\_\_\_\_

Estuvo embarazada los 9 meses?  Si  no

Si su respuesta fue no cuantas,semanas  
embarazo tuvo? \_\_\_\_\_

Vaginal  Cesaria

Han habido cambios o tensiones  
recientes en la vida del nino?

## Historia De Familia

Problemas de Corazon \_\_\_\_\_  
 Presion Alta \_\_\_\_\_  
 Alergia/Asma \_\_\_\_\_  
 Tuberculosis \_\_\_\_\_  
 Diabetes \_\_\_\_\_  
 Anemia de Celulas \_\_\_\_\_

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Epilepsia/Convulsiones \_\_\_\_\_  
 Enfermedad en la sangre \_\_\_\_\_  
 Enfermedades hereditarias \_\_\_\_\_  
 Retraso Mental \_\_\_\_\_  
 Problemas Mentales \_\_\_\_\_  
 Cualquier otro problema \_\_\_\_\_

### Nombre de Familia

### Edad

### Problema Medico

|                      |       |       |       |
|----------------------|-------|-------|-------|
| Madre del paciente   | _____ | _____ | _____ |
| Padre del paciente   | _____ | _____ | _____ |
| Hermana del paciente | _____ | _____ | _____ |
| Hermano del paciente | _____ | _____ | _____ |

Han fallecido ninos en su familia ?  Si  No

Edad y la causa por la muerte? \_\_\_\_\_

## El nino a tenido problemas con lo siguiente?

Corazon \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_  
 Ojos \_\_\_\_\_  
 Varias (infecciones) \_\_\_\_\_  
 Digestion \_\_\_\_\_  
 Alergias \_\_\_\_\_  
 Convulsiones \_\_\_\_\_

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Orina/ Rinones \_\_\_\_\_  
 Dientes \_\_\_\_\_  
 Problemas de Conducta \_\_\_\_\_  
 Piel \_\_\_\_\_  
 Pies \_\_\_\_\_  
 Huesos \_\_\_\_\_  
 Oidos/ Audicion \_\_\_\_\_

En el pasado a sido hospitalizado o a tenido enfermedades serias? \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Su niño a que edad por primera vez**

Se Sento: \_\_\_\_\_

Frase Completa: \_\_\_\_\_

Dijo Palabras Cortas: \_\_\_\_\_

Camino: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombres de todos los niños**

**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_