

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Proveedor de Atención Primaria (PCP): \_\_\_\_\_

Haga una lista de cualquier alergia que el niño tiene y su reacción (incluyen las alergias a los alimentos y drogas):

Alergia	Reacción

Haga una lista de medicamentos que su niño tiene actualmente (incluyendo los medicamentos de venta libre):

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	¿Con qué frecuencia

Indique la fecha en que su hijo tuvo las siguientes vacunas:

*Tarjeta de Vacunación siempre*

La vacunación	#1 dosis	#2 dosis	#3 dosis	Dosis #4	Dosis #5
La hepatitis B					
DTP/DTaP/DT					
Hib					
La polio					
PCV7					
PPV23					
MMR					
Varicela					
Gripe					
MCV4/MPSV4					
Td					
La Tdap					
Hepatitis A					
Rotavirus					
Vph					



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

La diabetes								
Enfermedad del corazón								
Cáncer (son tipo)								
Las enfermedades mentales								
Depresión								

### Historial médico social

Principalmente vive con <input type="checkbox"/> ambos padres: <input type="checkbox"/> mamá <input type="checkbox"/> papá <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
La relación del Padre : <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> separados <input type="checkbox"/> divorciados
Nombre de la madre: _____ Nombre del Padre: _____
Lengua hablada en el hogar:
¿Su hijo coopere con su familia/amigos? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo coopera con los profesores? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo tiene suficientes amigos? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Alguien en el hogar con el tabaco? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Humo Y N? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Masticar Y N? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Alguien fume dentro de la casa? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Alguien en el hogar utilice alcohol? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dominio: mano <input type="checkbox"/> derecha <input type="checkbox"/> izquierda
¿Su hijo use un casco al montar en bicicleta? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su niño se siente en un asiento del automóvil? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N en _____ caso afirmativo, ¿de qué tipo?
Hay animales en la casa? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N en _____ caso afirmativo, ¿de qué tipo?
¿Alguien en la casa propias pistolas? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
En la escuela, mi hijo realiza: <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de grado <input type="checkbox"/> en grado <input type="checkbox"/> por debajo de su nivel de grado
¿Su hijo como en la escuela? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo tiene una discapacidad de aprendizaje? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su niño tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo duerma toda la noche? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su niño obtenga un mínimo de 8,5 horas de sueño? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo tiene pesadillas o problemas para dormir? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Mi hijo ejerce / juega el deporte _____ horas diarias.
Mi niño mira TV / reproduce vídeo o juegos de ordenador _____ horas diarias
¿Alguien en el hogar consume drogas? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Alguien en el uso doméstico / analgésicos opiáceos? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
No tiene afiliación religiosa? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N si la respuesta es sí, ¿qué religión?

### Historia de nacimiento

La edad materna: \_\_\_\_\_ Estado civil: Solo Casado Divorciado Viudos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

¿El padre y la madre viven juntos? Y N

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de niños entregados: \_\_\_\_\_

El número de hijos vivos: \_\_\_\_\_

Tipo de entrega: \_\_\_\_\_ Edad gestacional: \_\_\_\_\_

El peso al nacer: \_\_\_\_\_ La longitud al nacer: \_\_\_\_\_

Apgar : 1 min: \_\_\_\_\_ 5 min: \_\_\_\_\_ 10 min: \_\_\_\_\_

Hep B dada en el hospital? Y N Prueba de audición en el hospital? Pasar Fallan

Padre / tutor Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_