



## Information de Primera Cita

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre Del Guardian Legal \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Pediatría Primario \_\_\_\_\_

Information de Aseguranza \_\_\_\_\_

**Historial Medico del Menor** (Si no tiene la info o no aplica ponga N/A)

Peso al Nacer \_\_\_\_\_ Altura al Nacer \_\_\_\_\_ su hijo(a) estuvo en el NICU ?

Si No

Si, cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Su hijo(a) paso su exam de audición en el hospital? Si or No

Algún historial medico significativo?

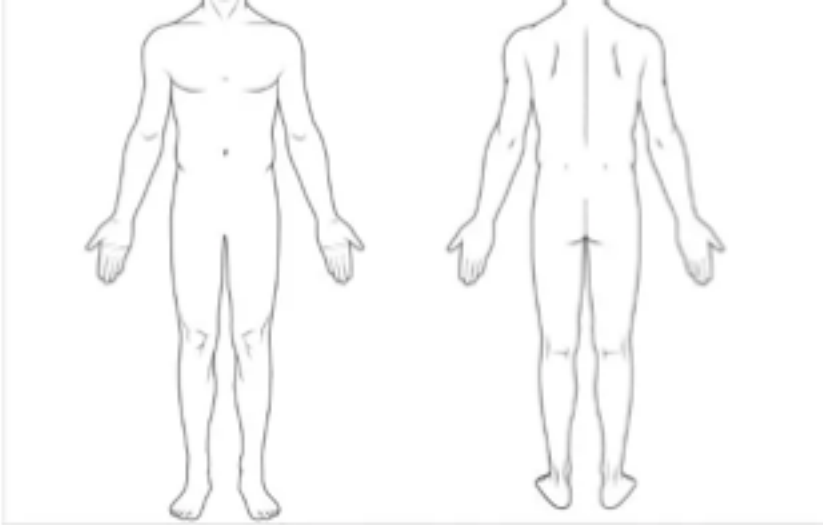
Fecha de su mas reciente visita al pediatra? (MM/DD?

AAAA) \_\_\_\_\_

Porque lo refirieron a nosotros?

Qué preocupaciones tiene hoy?





Marque las area que le preocupan de su hijo(a) o area en donde hay dolor?

Lista de medicinas de su hijo(a) con dosis.

---

---

---

Algunas alergias?

---

---

Su Hijo(a) a recibido servicios de terapia fisica antes? Si, cuando y porque?

---

---

### **Desarrollo**

A que edad empezó su hijo(a) a : darse la Vuelta\_\_\_\_

Sentarse sin ayuda\_\_\_\_ Gatear\_\_\_\_ Jalarse para pararse\_\_\_\_

Paseando por los muebles\_\_\_\_ Caminar\_\_\_\_

Page 2 of 3

Alguna cosa que le gustaría que la terapeuta sepa antes de la evaluación?

---

---

---

---

Persona llenando esta forma\_\_\_\_\_

