

NOMBRE _____

Circule la respuesta:

Come su niño/nina de una dieta normal y variada? SI NO

Toma vitaminas su niño/nina? SI NO

Tiene su niño/nina alergias a medicamentos? SI NO

Si tiene alergias, a cuales medicamentos? _____

Cuanto peso su niño/nina al nacer? _____

Fue el parto normal o Cesarea? _____

Habian complicaciones con el parto? SI NO explique _____

Fue prematuro? SI NO

Ha experimentado su niño/nina problemas developmentales? SI NO

Esta su niño/nina al corriente con sus vacunas? SI NO NO SE SABE

Cuando fue la ultima vez que le hicieron un prueba de tuberculosis? _____

Toma su niño/nina medicamentos regularmente? SI NO

Cuales medicamentos toma? _____

Tiene su niño/nina algunas de estas enfermedades cronicas:

Asma SI NO

Alergias al heno SI NO

Epilepsia SI NO

Diabetes SI NO

ADHD (Trasnorno de deficiencia de la concentracion-hiperactividad) SI NO

Impedimiento en el aprendizaje SI NO

Por favor lista otras enfermedades que tiene su niño/nina _____

Le han operado a su hijo/hija? SI NO

Si contesta SI, por favor lista que tipo de cirugia tuvo _____

Estan de buena salud los padres y hermanos del paciente? SI NO

Si contesta NO, explique _____

Quien es que cuida mas al niño/nina? _____

En la casa: Se usa tabaco? SI NO Se toma alcohol? SI NO Se usan drogas? SI NO

Tiene estas en su casa: Telefono? SI NO Automobille? SI NO Termometro? SI NO