



Nombre del niño(a) _____ FDN _____ Fecha de hoy _____

HISTORIAL MEDICO:

Ha tenido alguna complicación grave durante el embarazo o durante el parto?

Tiene su niño algún problema médico tenga que ser visto por especialista regularmente?

Tuvo que ser admitido al Hospital o tuvo alguna cirugía?

Visitó la sala de Emergencias por fracturas, contusiones o ataques de asma?

HISTORIAL FAMILIAR:

Alguno de los padres(mama o papa) hermanos(as) abuelos(as) tienen alguna de las siguientes condiciones, por las que son vistos a menudo por un doctor o son tratados con medicamentos regularmente?

	Si	No	Quien?	Detalles
Colesterol alto				
Presión arterial alta				
Problemas de coagulación o hemorragias				
Muerte repentina con menos de 55 años				
Derrame cerebral, Trombosis con menos de 55 años				
Cancer				
Problemas de Tiroide				
Diabetes Juvenil				
Diabetes en adultos				
Enfermedades autoinmunes (como Artritis Reumatica)				
Colitis Ulcerosa, Crohn, enfermedad celíaca				
Eczema				
Alergias a alimentos				
Alergias temporales, estacionales				
Asma				
Sordera (de nacimiento)				
Enfermedad mental (depresión, trastorno, compulsiva-obsesiva)				
Enfermedad Renal, infecciones urinarias recurrentes				
Otros problemas médicos graves				

HISTORIAL SOCIAL:

Atiende una guarderia? _____ Va a la escuela? _____ PCC# _____

Alguien en su casa fuma? _____ Iniciales(Dr/NP) _____ Fecha/Date _____