

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

El NINO tiene:

- Problemas medicos (Corazon/epilepsia/autismo/regreso del desarrollo etc?) SI NO
 Tipo _____
- Asma or uso del nebulizador? SI NO
 Fecha de ultimo uso. _____ El el hospital por eso/fecha? _____
- Rhinitis alergico? SI NO
 Como fue diagosicado? Por historia/sangre or en la piel? _____
- Alergia a medicina SI NO
 Nombre _____ Reacion _____
- Ingrecion/hospitalizado? SI NO
 Explica _____
- Cirugia (incluyendo circumsicion) SI NO
 Tipo/fecha _____

La historia medica de los papa, abuelos, hermanos del NINO....

	Madre	Padre	Abuela (materno)	Abuelo (materno)	Abuela (paterno)	Abuelo (paterno)	Hermanos	Hermanas	Otro
Asma									
Alergia									
Problemas de sangramiento									
Cancer (tipo?)									
Diabetes (a que edad el diagnostico?)									
Problemas del corazon									
Presion alta									
Colesterol alto									
Otros problemas del corazon									
Tuberculosis									
Epilepsia									
Problemas de los rinones									
Problemas psiquiátrico (depresión /bipolar etc)									
VIH/SIDA (HIV/AIDS)									
Tiroides									

Quien vive en la casa con el niño Mama Papa Hermanos # _____ Hermanas# _____ Otros _____

Los papas estan casados? SI NO Mascotas SI NO tipo _____ Piscina SI NO

Fumadores SI NO Quien? _____ Para niños (>12 años) el niño fuma? SI NO

Guarderia o Nínera? SI NO Escuela SI NO Nombre _____ Grado _____

Farmacia (Nombre, Numero, Lugar) _____