



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M / F Raza _____ Alergias _____
Por favor enumere toda la gente que vivie en su casa-

Padre _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

Madre _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

Otro _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

Otro _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

Otro _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

Historial de Nacimiento- Peso _____ Estatura _____ Hospital _____ Vaginal // Cesaria //

Durante el embarazo tuvo la mama algún problema, infección, uso de drogas, alcohol, tabaco,? Favor de explicar.

Historial Medica- La salud general de su niño / niña es : Buena // Regular // Pobre Su niño / niña esta tomando algun medicamento Si / No Por favor indique hospitalizaciones, operaciones, enfermedades serias ó accidentes con las fechas.

Ha Tenido su niño / niña algun problema con lo siguiente? Si es si por favor explique.

(Fisico)

Ojos/Visión	Si / No	Pies	Si / No	Digestión/Nutrición	Si / No	Oídos	Si / No	Orina/Riñones	Si / No
Las Coyunturas	Si / No	Piel	Si / No	Pulmones	Si / No	Dientes	Si / No	Corazón	Si / No
Convulsión	Si / No	Esta expuesto(a) al humo de cigarro			Si / No	Uso de algun medicamento			Si / No

(Desarrollo)

Habitos de comer	Si / No	Habitos de dormir	Si / No	Problemas en la escuela	Si / No	Disciplina	Si / No
Comportamiento	Si / No	Otros (Explique)					

Historial de la Familia

Ha fallecido algún hermano ó hermana de su niño / niña ? Si / No Si es si por favor indique el miembro de familia y la razón.

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades algún pariente cercano de su niño / niña? Si es si por favor indique el miembro de familia.

Enfermedades del Coazón	Si / No _____	Tuberculosis	Si / No _____	Presión Alta	Si / No _____
Enfermedades del Riñon	Si / No _____	Alergias/Asma	Si / No _____	Cancer	Si / No _____
Problemas mentales/emocionales	Si / No _____	Diabetis	Si / No _____	Anemia	Si / No _____
Convulsiones	Si / No _____				



Esta seccion es para los adolescentes y debe ser llenada por el adolescente.

Usa tobacco? Si / No Toma cerveza u otra clase de bebida alcoholica? Si / No Usa alguna clase drogas ? Si / No

Actividad sexual? Si / No Si es Si, usas algun control de anticonceptivo Si / No

Ha estado embarazada ó tenido un niño/niña Si / No A que edad tuviste tú primera menstruación _____

Tiene usted alguna preocupación con lo siguiente?

Medidas de seguridad Si / No

El uso de sustancias Si / No

El contagio de enfermedades sexuales Si / No

Planificación Familiar Si / No

Otro (Explique)
