

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia de Nacimiento		
Hospital de nacimiento		
Peso al nacer		
¿Nacimiento vaginal o por cesárea? Si fue por cesárea, porque?		
¿Nacimiento a término, prematuro o post-termino? Si fue prematuro, ¿de cuantas semanas de gestación?		
¿Algún problema o enfermedad durante el embarazo o parto?		
¿Algún problema justo después de nacer?		
	Si/no	Comentarios
¿Alguna lesión mayor? (Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál?)		
Alguna hospitalización (Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál?)		
¿Las vacunas están al día?		
Historia Social		
¿Quién vive con el paciente?		
Nombres de los padres/guardianes		
Lenguaje principal hablado en casa		
Ocupación de los padres/guardianes		
¿Su hijo(a) pasa tiempo al cuidado de alguien más?	Si/No	
Si su respuesta es afirmativa, ¿quién lo(a) cuida?		
Ocupación de la(s) persona(s) que lo(a) cuidan		
¿Su hijo(a) tiene hermanos?	Si/No	
Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántos?		
Nombre de los hermanos		
¿Tienen mascotas?	Si/No	
Si su respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo?		
¿Esta su hijo(a) en guardería?	Si/No	
¿Esta su hijo(a) en la escuela?	Si/No	
Si su respuesta es afirmativa, ¿qué grado cursa?		
¿Su hijo(a) tiene un IEP en la escuela?	Si/No	
¿Recibe su hijo(a) terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla?	Yes/No	
Si su respuesta es afirmativa, que terapias recibe y las recibe en la escuela, en una clínica o en la casa?	PT/OT/ST Escuela/clínica/casa	
¿Esta su hijo(a) expuesto a alguien que fume o use vaporizadores?	Si/No	

Historia Familiar				
¿Alguien en la familia tiene alguna de las siguientes condiciones?	Si	No	Relación con el paciente	Comentarios
Alergias				
Artritis				
Asma				
Enfermedad autoinmune				
Defectos de nacimiento				
Problemas de sangrado				
Cáncer				
Problemas de coagulación (cualquier coagulo en las piernas, brazos, pulmones)				
Depresión				
Retraso en el desarrollo				
Diabetes				
Muerte temprana				
Eczema				
Pérdida de audición				
Enfermedad cardiaca				
Presión alta				
Colesterol alto				
Enfermedad inflamatoria intestinal				
Enfermedad de riñón				
Problemas de aprendizaje				
Enfermedad mental				
Migrañas				

MEDICAMENTOS (Incluye medicamentos sin receta y herbales)	DOSIS (En miligramos, # de pastillas o gotas)	RUTA (oral, inhalada, por piel)	Frecuencia (que tan seguido)
<i>Ejemplo: hidrocortisona</i>	<i>2.5%</i>	<i>En la piel</i>	<i>Dos veces al día</i>