

Questionario Historial Inicial	NOMBRE	
	# de ID	
Forma Llenada por	Fecha	Fecha de Nacimiento Edad <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Casa
Por favor nombre a todos los que viven en hogar

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Problemas de salud	
				Hay hermanos/as no en la lista? Si es haci por favor escriba nombre y edad y en donde viven _____
				Si los padres no viven juntos o' si ninola no vive con los pedres, cual es el estatus costodial del ninola? _____
				Si no los dos padres viven en hogar, que tan seguido mira ninola a padre/madre fuera do hogar? _____

Historial Nacimiento

Peso al nacer? _____	El parto fue ____vaginal ____cesaria
El bebe nacio a termino? _____ Antes? ____ Late? ____	Si cesaria, porque? _____
Si antes, a cuantas semanas de gestacion? _____	El bebe tuvo algun poblema despues de nacer? ____si ____no Explique _____
La madre tuvo alguna enfermedad a problema con el embaraso? ____Si ____No Explique _____	Alimentacion Inicul ____Pecho? ____Biberon?
Durante el embaraso	El bebe salio del hospital junto con madre? ____si ____no Explique _____
Fumo ____si ____no Tomo Alcohol ____si ____no	
Uso drogas a medicamentos ____si ____no	
Que _____ Cuando _____	

General

Concidera que su hijo/a este en buena salud	____si	____no	Explique _____
Su hijo/a padece una enfermedad seria o condicion medica?	____si	____no	Explique _____
Su hijo/a a tenido algun accidente serio?	____si	____no	Explique _____
Su hijo/a a tenido alguna cirujia?	____si	____no	Explique _____
Su hijo/a alguna vez a cido hospitalizado?	____si	____no	Explique _____
Su hijo/a es alergico a algun medicamento?	____si	____no	Explique _____

Desaroyo

Esta preocupado por el desaroyo fisico de su hijo/a?	____si	____no	Explique _____
Esta preocupado por el desaroyo mental o emocional de su hijo/a?	____si	____no	Explique _____
Esta preocupado por la atencion de su hijo/a?	____si	____no	Explique _____

Si su hijo/a esta en la escuela...

Como se comporta el/ella en la escuela? _____

El/Ella a reprobado algun ano escolar? _____

Como va el/ella en materias academiacas? _____

El/ella esta en clases especiales? _____

Historial Familiar

Algún miembro en la familia a padecido lo siguiente:

Sordera	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Alergias nasales	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Asma	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Tuberculosis	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Corazon (antes de los 50 años)	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Alta presión (antes de los 50 años)	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Colesterol alto	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Anemia	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Desorden de sangrado	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Higado	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Rinones	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Diabetes (antes de los 50 años)	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Orinar la cama (después de los 10 años)	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Epilepsia o convulsiones	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Abuso del alcohol	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Abuso de drogas	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad mental	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Retardación mental	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Problemas Inmunes, HIV, Sida	_____ si	_____ no	Quien _____	Comentarios _____
Historial familiar adicional	_____			

Historia Pasado

Su hijo/a a padecido a padecer cuando:

Varicela	_____ si	_____ no	Explique _____
Infecciones de oídos frecuentes	_____ si	_____ no	Explique _____
Problemas con oídos / escuchar	_____ si	_____ no	Explique _____
Alergias nasales	_____ si	_____ no	Explique _____
Problemas con ojos o vista	_____ si	_____ no	Explique _____
Asma, bronquitis, bronquiolitis, o neumonía	_____ si	_____ no	Explique _____
Problemas con corazón o soplo	_____ si	_____ no	Explique _____
Anemia o problemas de sangrado	_____ si	_____ no	Explique _____
Transfusión de sangre	_____ si	_____ no	Explique _____
Dolor abdominal frecuente	_____ si	_____ no	Explique _____
Estreñimiento	_____ si	_____ no	Explique _____
Infección de vejiga o riñones	_____ si	_____ no	Explique _____
Orinar la cama (después de los 5 años)	_____ si	_____ no	Explique _____
(Niñas) ya empesca su menstruación	_____ si	_____ no	Explique _____
(Niñas) algún problema con menstruación	_____ si	_____ no	Explique _____
Problemas crónicos de la piel (acne, eccema, etc)	_____ si	_____ no	Explique _____
Dolor de cabeza frecuente	_____ si	_____ no	Explique _____
Convulsiones o problemas neurológicos	_____ si	_____ no	Explique _____
Diabetes	_____ si	_____ no	Explique _____
Tiroides o problemas endocrinológicos	_____ si	_____ no	Explique _____
Algún otro problema significativo	_____ si	_____ no	Explique _____
Uso de alcohol o drogas	_____ si	_____ no	Explique _____