



NOMBRE DE NIÑO(A) _____
APELLIDO (Last Name) NOMBRE (First Name)

SEXO: MASCULINO / FEMENINO **FECHA DE NACIMIENTO: (DOB)** _____

ALERGIA A MEDICAMENTOS O COMIDA: _____
(Any known allergies)

NACIMIENTO Y DESARROLLO

HOSPITAL DE NACIMIENTO: _____ **OBSTERA:** _____

TIPO DE PARTO: NORMAL _____ **CESARIA** _____ **PESO AL NACER:** _____

NACIO: A TIEMPO COMPLETO _____ **PREMATURO** _____ **SI PREMATURO, A LAS CUANTAS SEMANAS?** _____

CONDICION O PROBLEMA AL NACER: _____
(Any problems at birth)

POR FAVOR INDIQUE LA EDAD DE LAS SIGUIENTES ETAPAS
(Please indicate when these occurred with your child)

DARSE VUELTA _____ **SENTARSE LO(A)** _____ **CAMINO** _____ **PRIMER DIENTE** _____
(Rolloed over) (Sat up) (Walked) (1st tooth)

USAR LE BAÑO SOLO(A) _____ **USAR UN TRICICLO** _____
(Potty Trained) (Rode a tricycle)

HISTORIA FAMILIAR

MIEMBRO DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	PROBLEMAS MEDICOS
MADRE _____	_____	_____
PADRE _____	_____	_____
HERMANO(A) _____	_____	_____
HERNANO(A) _____	_____	_____
HERNANO(A) _____	_____	_____

HISTORIA MEDICA

POR FAVOR ANOTE CUALQUIER PROBLEMA MEDICO DE SU HIJO(A) _____
(Please list any medical problems you child has)

HA SIDO HOSPITALISADO _____
(Hospitalizations)

CUANTAS CIRUJIAS _____
(Surgeries)

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTO QUE TOMA SU HIJO(A) _____
(Current medications)

A SU HIJO(A) HA TENIDO LA VARICELA? SI NO

QUE MEDIO DE AGUA SE CONSUME? AGUA DE CIUDAD O CONDADO, POSO DE AGUA O BOTELLA

IMPORTANTE: NECESITAMOS UNA COPIA DEL RECOR DE VACCUNAS DE SU HIJO(A)