



Nombre de niño(a): _____
Apellido (last name) Nombre (first name)

Fecha de Nacimiento: _____
(DOB)

Sexo: Masculino/ Femenino
Male Female

Alergia a Medicamentos o Comida: _____
(Any known allergies)

Nacimiento Y Desarrollo

Hospital de Nacimiento: _____ Obstetra: _____
(Hospital of birth) (O.B. doctor)

Tipo de Parto: Normal Cesaría
Type of Delivery: (Normal) (C-Section)

Peso al nacer: _____
(Birth Weight)

Nació: A tiempo completo Prematuro Si prematuro, a cuantas semanas? _____
Full Term Premature (If Premature, what was gestational age How many weeks)

Historia Familiar

Miembro De Familia (Family Members)	Fecha de nacimiento (DOB)	Problemas médicos (Health Problems)
Madre _____	_____	_____
Padre _____	_____	_____
Hermano(a) _____	_____	_____
Hermano(a) _____	_____	_____
Hermano(a) _____	_____	_____

Historia Medica

Por favor anote cualquier problema médico de su hijo(a) _____

(Please list any medical problems your child has)

Ha sido hospitalizado _____
(Please list any hospitalizations)

Cuanta cirujías _____
Any surgeries

Anote todos los medicamentos que toma su hijo(a) _____
(Please list all current medicines)

Importante: Necesitamos una copia del récord de vacunas de su hijo(a)

Important: We need a copy of your child's immunization records