

HISTORIA CLÍNICA de _____ Fecha de nacimiento: _____

Complete este formulario para que podamos saber cómo atender mejor a su familia y a su hijo.

- I. Antecedentes familiares:** ¿Su hijo es adoptado? Sí No ¿Está ahora en un "hogar transitorio"? Sí No ¿Estuvo anteriormente? Sí No
¿Está bajo el "cuidado de un pariente"? Sí No ¿Estuvo anteriormente? Sí No
¿Quién vive en su casa? Indique el nombre, la edad, la educación y el trabajo o habilidades de cada persona.

II. Historia clínica de este niño:

- A.** Historia de la madre durante el embarazo Grupo sanguíneo _____.
Edad en el momento del parto _____ años. Núm. de embarazos _____ Núm. de hijos nacidos vivos _____.
Problemas durante el embarazo: No / Si _____
- B. Parto:** Tipo de parto: vaginal / cesárea A término/ prematuro Semanas de gestación _____
Largo _____ pulgadas _____ Peso _____ libras _____ onzas
Problemas después del parto: no / si : _____
- C.** Fecha del **último control:** _____ Nombre del médico/ de la especialidad: _____
Núm. de teléfono / dirección _____
- D.** Enumere todas las **operaciones, hospitalizaciones, problemas de salud físicos y mentales, accidentes, lesiones, visitas a la sala de emergencias:**

- E. Si su hijo ha tenido alguna vez unas de las siguientes, por favor marque con un círculo:** .Ninguna
- | | | | | |
|--------------|--------------|-----------------------------------|-------------|------------------------|
| SIDA o VIH | Anemia | Artritis | Asma | Infección en la vejiga |
| Cáncer | Varicela | Infecciones pulmonares | Difteria | Eczema |
| Epilepsia | Cardiopatía | Hepatitis (enfermedad del hígado) | Hernia | Enfermedad renal |
| Leucemia | Diabetes | Intoxicación con plomo | Sarampión | Mononucleosis |
| Papera | Neumonía | Fiebre reumática | Escarlatina | Enfermedad tiroidea |
| Tuberculosis | Tos convulsa | Otros: _____ | | |

- F. Dieta:** ¿Su hijo come/bebe alguno de los siguientes?:
- Leche materna / leche entera, 1%, 2%, chocolate, sabor a frutas/ fórmula ¿Cuántas veces por día? _____
Jugo (¿De qué tipo? _____) ¿Cuántas veces por día? _____
Agua corriente/ embotellada, sin flúor/ embotellada, con flúor (haga un círculo en las que usa) ¿Cuántas veces por día? _____
Gaseosas (¿De qué tipo? _____) ¿Cuántas veces por día? _____
Carnes/ huevos/ porotos/ aves/ pescado/ manteca de maní (haga un círculo en los que come) ¿Cuántas veces por día? _____
Verduras. ¿Cuáles? _____ ¿Cuántas veces por día? _____
Frutas ¿Cuáles? _____ ¿Cuántas veces por día? _____
Panes/ cereales. ¿Cuáles? _____ ¿Cuántas veces por día? _____
¿Cuántas veces por semana come "comidas rápidas" o "sale a comer"? _____
¿Su familia o hijo sigue alguna dieta especial o tiene preferencias alimenticias?..... Sí No
Si la respuesta es sí, describa _____

G. Desarrollo / Educación: ¿A qué escuela su hijo va? _____ Grado _____
 Calificaciones: A B C D F Sobresaliente / Satisfactorio / Insatisfactorio Lista de honor/ Lista de méritos / Problemas
 ¿Le preocupa que el desarrollo de su hijo no sea normal? Sí No
 Desarrollo del habla Coordinación Escritura/dibujo Habilidades sociales Intimidación
 Desempeño escolar: Matemática Ciencia Estudios sociales Otros _____

H. ¿Su hijo alguna vez participó en alguna de las siguientes actividades?
 (Marque con un círculo todas las que correspondan)
 Clubes Deportes después de la escuela Programas bilingües Apoyo emocional
 Cuidado diurno Programas para superdotados/talentos Apoyo en el aprendizaje Logopedia
 Headstart / Evenstart Curso de aptitudes para la vida
 Programa de educación especial Actividad organizada (deportes, *boy/girl scouts*, ligas, etc.)

I. Hábitos:
 ¿Alguna vez su hijo mojó la cama o sus pantalones —de noche o de día?Sí No
 ¿Su hijo se ensucia los pantalones —de noche o de día?Sí No
 ¿Lee usted con su hijo todos los días al menos 30 minutos?Sí No
 ¿Cuál es su rutina para la hora de acostar su hijo? _____

J. Salud / Estado físico:
 ¿Cuántas TV ___ VCR ___ reproductoras de DVD ___ Computadoras ___ hay en su casa? ¿En la habitación del niño? _____.
 ¿Cuanto "tiempo frente a una pantalla" pasa su hijo por día (TV, VCR, DVD, juegos de computadora, acceso a Internet)? _____ h
 ¿Su hijo deja una luz encendida, música puesta o la TV prendida mientras duerme? Sí No
 ¿Tose, ronca o tiene dificultades respiratorias a la noche?.....Sí No
 ¿Conoce usted a alguien que fume cigarrillos?Sí No
 ¿A alguien que consuma marihuana, cocaína, heroína u otras sustancias ilegales?.....Sí No
 ¿Cómo se ejercita su hijo? _____
 ¿En qué actividades de fin de semana participa su hijo? _____
 ¿Qué actividades disfrutaban como familia? _____

K. Seguridad:
 ¿Su hijo "se detiene, mira y escucha antes de cruzar la calle?.....Sí No
 ¿Usa siempre el cinturón de seguridad cuando está en un vehículo?Sí No
 ¿Se sienta en un asiento de seguridad para niños o en un elevador?Sí No
 Se encuentra hacia atrás/ hacia adelante (marque uno con un círculo).....Sí No
 ¿Usa casco (y rodilleras y coderas) cuando anda en bicicleta?.....Sí No
 ¿Y cuando patina?.....Sí No
 ¿Hay armas (revólveres y cuchillos) en su casa y el lugar donde pasa el día su hijo está protegido en este aspecto? Sí No
 ¿Las municiones se guardan por separado?.....Sí No
 ¿Hay pintura descascarada, escamada o masticada en su casa, escaleras o zonas de juego?.....Sí No
 ¿La familia tiene ideado algún plan de evacuación para casos de emergencia? ¿Lo ha practicado?Sí No
 ¿Alguna vez alguien lo lastimó físicamente o emocionalmente?.....Sí No
 ¿Le preocupa el hecho de que alguien pueda lastimarlo físicamente o emocionalmente?.....Sí No
 ¿Los medicamentos están guardados bajo llave y lejos de los niños?.....Sí No

L. Otros:
 ¿Pensó en donar órganos? ¿Le gustaría obtener más información?.....Sí No
 ¿Tiene un testamento vital (respecto de lo que quiere que se haga con su cuerpo si usted muere)?Sí No
 ¿Desea recibir más información?.....Sí No
 ¿Tiene alguna pregunta para hacernos que quiera escribir aquí para no olvidarlas?.....Sí No