

Historial médica de _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Complete este para que podamos saber cómo servir mejor a usted, su familia y su hijo.

I. Historia de Nacimiento

La historia de la madre durante el embarazo: Grupo sanguíneo ____ Edad ____ años
Número de embarazos _____ Número de hijos nacidos vivos _____
Baby: Tipo de parto (rodee con un círculo): Cesárea/Vaginal A término/prematuro
Semanas de gestación ____ Largo de ____ en ____ Peso ____ lbs ____ oz
Problemas después del nacimiento: Ninguno/ Sí: (describa)

II. Enumere todas las operaciones, hospitalizaciones, las conmociones cerebrales, desmayos

III. Si su hijo ha tenido alguna vez unas de las siguientes, por favor marque con un círculo:

| | | | |
|------------------------|------------------------|-----------|------------------------|
| Anemia | Artritis | Asma | Cáncer |
| Cardiopatía | Diabetes | Difteria | Eczema |
| Enfermedad renal | Enfermedad tiroidea | Epilepsia | Escarlatina |
| Fiebre reumática | Hepatitis | Hernia | Infecciones pulmonares |
| Infección en la vejiga | Intoxicación con plomo | Leucemia | Mononucleosis |
| Neumonía | Papera | Sarampión | SIDA o VIH |
| Tuberculosis | Tos convulsa | Varicela | Otro: _____ |
| Ninguno | Alcoholismo/Adicción | | |

IV. Lista alergias: _____

V. Lista medicamentos: _____

Completado por: _____ Fecha: _____

Relacionado con el niño(a): _____

Revised 12012016