

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Informacion Historial de Salud (Ninos de 2 a16 anos de edad)**

Por favor tome unos minutos y complete la siguint informacion; describa la condicion usual de su hijo (a) el problema principal para que sea discutido a fondo con su doctor(a).

Su hijo (a) tenido (si su respuesta es si, por favor indique la fecha y el ano):

- |                             |  |                                      |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|
| _____ Sarampion             | _____ Tuberculosis.                            | _____ Infecciones de oido            |
| _____ Rubiola               | _____ Epilepsia                                | _____ Diabetes                       |
| _____ Paperas               | _____ Tos                                      | _____ Dolores de Cabeza              |
| _____ Viruela               | _____ Neumonia                                 | _____ Anemia                         |
| _____ Asma                  | _____ Piel amarilla                            | _____ Enfermed del systema glandular |
| _____ Infeccion de garganta | _____ Defectos de Nacimiento                   | _____ Problemas renales              |
| _____ Infeccion Urinaria    | _____ Problemas de higado                      |                                      |
| _____ Problemas de Tiroides | _____ Atencion deficitaria trastornal          |                                      |
| _____ Ansiedad/depression   | _____ Atencion deficitaria alterada trastornal |                                      |

Otra clase de enfermedades por,favor explique: \_\_\_\_\_

Alqun problema con el embarazo de su hijo (a) o de ninez de alguno, de desarrollo? \_\_\_\_\_

Alguna Hospitalizacion Requerida? \_\_\_\_\_

Alguna Sirujia? \_\_\_\_\_

Liste alguna alerjia medicinal, El tiempo, comida, picadura de insecto o alguna, otra, que necesitamos aber: \_\_\_\_\_

Por favor escriba algun medicamento Rutinal que su nino (a) este tomando: \_\_\_\_\_

Estan sus hijos (as) vacunados; contodas las vacunas al dia? \_\_\_ Si no es asi, cuales son las que necesita? \_\_\_\_\_

Hay alguna enfermedad o condiciones medicas que tenga algun miembro de la familia de su hijo (a) por favor explique. \_\_\_\_\_

Si hiciste ala escuela; que grado curza? \_\_\_\_\_ Como esta en la escuela academicamente bien/mas omenos omal

Esta su hijo (a) participando en esports/o ejercicios? cada cuanto. \_\_\_\_\_

Tiene su hijo (a) algun otro problema que usted desee que el doctor sepa? \_\_\_\_\_