

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

**Información Historial de Salud**  
**(Niño(a) Edad: 2-16)**

Por favor, tómese unos minutos para completar el siguiente, describiendo la condición usual de su hijo(a). El problema actual de su hijo(a) se analizara a fondo con él medico.

Ha tenido su hijo(a) lo siguiente: (Si su respuesta es si, indique el mes y ano.)

_____ Sarampión	_____ Tuberculosis	_____ Infecciones Del Oído	_____ Problemas de Hígado
_____ Rubéola	_____ Ataque Epiléptico	_____ Diabetes	_____ Problemas Renales
_____ Paperas	_____ El Crup	_____ Dolores de Cabeza	_____ Problemas de la Tiroides
_____ Varicela	_____ Neumonía	_____ Anemia	_____ Ansiedad/Depresión
_____ Asma	_____ Ictericia	_____ Fibrosis Quistica	_____ Trastorno Déficit de Atención
_____ Infección de Garganta	_____ Defectos de Nacimiento	_____ Trastorno Déficit de Atención	_____ Con Hiperactividad
_____ Infección del Tracto Urinario			

Otro, Explique: \_\_\_\_\_

¿Hubo problemas de nacimiento o el desarrollo de la primera infancia? \_\_\_\_\_

¿Hospitalizaciones? \_\_\_\_\_

¿Cirugía? \_\_\_\_\_

¿Alergias (Estacionales, a medicinas, comida, picaduras de insectos o de otras cosas?) \_\_\_\_\_

Apunte los medicamentos de rutina que toma su hijo(a): \_\_\_\_\_

¿Es su hijo(a) corriente, por la edad, con las vacunas? \_\_\_\_ Si no, ¿cuales son las que faltan? \_\_\_\_\_

¿Existen enfermedades o condiciones en la familia de su hijo(a)? Si su respuesta es si, explique: \_\_\_\_\_

¿Sí esta en la escuela, que grado? \_\_\_\_\_ Rendimiento Académicamente: Bien / Mas o Menos / Mal (Circulo Uno)

¿Participa su hijo(a) en deportes o ejercicios? \_\_\_\_\_ ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Hay otras preocupaciones que debemos saber? \_\_\_\_\_