



Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: (Circule) Masculino Femenino
Forma Completada Por:	Fecha:	Relación:
HISTORIAL DE EMBARAZO Y NACIMIENTO	HISTORIA PSICOSOCIAL	
Nombre de Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo? No ☐ Yes ☐ Medicamentos durante el embarazo? No ☐ Yes ☐ Abuso de alcohol/tabaco/drogas? No ☐ Yes ☐ Problemas al nacer? No ☐ Yes ☐ Describa: _____ Tipo de parto? ☐ Vaginal ☐ Cesárea Peso al nacer: _____ Peso de alta: _____ Recibió el bebé la vacuna contra la Hepatitis B? No ☐ Yes ☐ Fecha de vacunación contra la hepatitis B: ____/____/____ Examen de audición para recién nacidos? No ☐ Yes ☐	Quién vive en el hogar? _____ Cuántos? _____ ☐ Casa? ☐ Apartamento? ☐ Refugio? Quién cuida al niño? _____ Fecha de Nacimiento? Madre ____/____/____ Padre ____/____/____ Están trabajando los padres? Madre No ☐ Yes ☐ Padre No ☐ Yes ☐ Cuidado Temporal? ____ Fechas: _____ Otros Lenguajes? _____	
HISTORIAL FAMILIAR	HISTORIAL MEDICO	
Alguien en la familia (padres, abuelos, tías/tíos, hermanas/hermanos) ha tenido: Quién? Alergias (Liste) _____ No ☐ Sí ☐ _____ Asma No ☐ Sí ☐ _____ TB/Enfermedad Pulmonar No ☐ Sí ☐ _____ VIH/SIDA No ☐ Sí ☐ _____ Intentos Suicidas No ☐ Sí ☐ _____ Enfermedad del Corazón No ☐ Sí ☐ _____ Presión Arterial Alta/CVA No ☐ Sí ☐ _____ Colesterol Alto No ☐ Sí ☐ _____ Trastornos de Sangre/Célula Falciforme No ☐ Sí ☐ _____ Diabetes No ☐ Sí ☐ _____ Convulsiones No ☐ Sí ☐ _____ Enfermedad Mental No ☐ Sí ☐ _____ Cáncer No ☐ Sí ☐ _____ Defectos al Nacer No ☐ Sí ☐ _____ Pérdida de audición No ☐ Sí ☐ _____ Problemas del Habla No ☐ Sí ☐ _____ Enfermedad del Riñón No ☐ Sí ☐ _____ Abuso de Alcohol/Drogas No ☐ Sí ☐ _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No ☐ Sí ☐ _____ Enfermedad de la Tiroides No ☐ Sí ☐ _____ Problemas de Aprendizaje/Desorden de déficit de atención No ☐ Sí ☐ _____ Violencia Familiar No ☐ Sí ☐ _____ Otro: _____ _____	alguna vez su hijo ha tenido: Alergias (Liste) _____ No ☐ Sí ☐ _____ Asma No ☐ Sí ☐ _____ Varicela (Año) _____ No ☐ Sí ☐ _____ Infecciones de Oído Frecuentes No ☐ Sí ☐ _____ Problemas de Visión/Audición No ☐ Sí ☐ _____ Problemas de la Piel/Eczema No ☐ Sí ☐ _____ TB/Enfermedad Pulmonar No ☐ Sí ☐ _____ Convulsiones/Epilepsia No ☐ Sí ☐ _____ Presión Arterial Alta No ☐ Sí ☐ _____ Enfermedad del Corazón No ☐ Sí ☐ _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No ☐ Sí ☐ _____ Diabetes No ☐ Sí ☐ _____ Enfermedad del Riñón/Infecciones de Vejiga No ☐ Sí ☐ _____ Discapacidades Físicas o de Aprendizaje No ☐ Sí ☐ _____ Trastornos Hemorrágicos/Hemofilia No ☐ Sí ☐ _____ Enfermedades de Transmisión Sexual No ☐ Sí ☐ _____ Problemas Emocionales o de Comportamiento No ☐ Sí ☐ _____ Depresión/Pensamientos Suicidas No ☐ Sí ☐ _____ Hospitalizaciones/Cirugías No ☐ Sí ☐ _____ Abuso Físico/Emocional/Sexual No ☐ Sí ☐ _____ Lesiones ortopédicas No ☐ Sí ☐ _____ Obesidad/Trastornos Alimentarios No ☐ Sí ☐ _____ Otro: _____ No ☐ Sí ☐ _____ Medicamentos Actuales: (Liste) _____ _____	
Revisado por: _____	Fecha de revisión: _____	