



HOLLAND PEDIATRIC ASSOCIATES, PLC

926 Washington Ave., Building C • Holland, MI 49423 • www.hollandpediatrics.com • P: 616.393.0166 • F: 616.393.0167

HERMANOS

Por favor, escribir todos los hermanos que viven en la misma casa que el paciente:

| Primer Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Relación | Paciente Aquí |
|---------------|----------|---------------------|----------|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Hay algún hermano que no aparezca en la lista anterior? Si es así, sírvase enumerarlos::

| Primer Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Relación | Paciente Aquí |
|---------------|----------|---------------------|----------|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

HISTORIA SOCIAL

Si uno o ambos padres no viven en la misma casa que el paciente, ¿cuál es la situación de vida?

Custodia Compartida Custodis Exclusiva Vive con padres adoptivos Vive con los padres de crianza temporal

Otro: _____

Si uno o ambos padres no viven en la misma casa que el paciente, ¿con qué frecuencia el paciente ve a los padres que no están en el hogar?

¿Tienes mascotas? No Sí : _____

¿Ha habido algún cambio familiar importante en el último año? Sí No

¿Los padres están divorciados o separados? Sí No

¿Su hijo tiene un padrastro o madrastra? Sí No

¿Su hijo tiene un padrastro o madrastra? Sí No

¿Se ha tratado a un paciente por abuso de sustancias? Sí No

¿Su hijo vive en una casa sin detectores de humo que funcionen? Sí No

Si respondió a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique: _____

LA ESCUELA

¿Su hijo tiene dificultades de aprendizaje? Sí No

¿Hay problemas de comportamiento en el esuela? Sí No

¿Su hijo tiene dificultades con la socialización? Sí No

En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas anteriores, por favor explique: _____

FIRMA

NOTA: Los padrastros no pueden firmar por hijastros. SOLO los padres biológicos/adoptivos o tutores legales pueden firmar.

Nombre (impreso): _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____

La Fecha de Hoy: _____