



Nombre del Bebe/Paciente _____ Fecha _____

Historia del Recien Nacido/Nuevo Paciente

Por favor contestar a las siguientes preguntas si el paciente es un recién nacido. Si no es recién nacido, por favor conteste las preguntas del #10 al 36 solamente, gracias:

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Peso _____ Medida _____

1. El Nacimiento ocurrió en la fecha prevista? Circule una respuesta: Si o No.

2. Si ha contestado No en #1, cuantas semanas antes ocurrió el parto?

3. El parto, fue vaginal o por cesarean? _____

4. Si contesto por cesarea en #3, describe que complicaciones provocaron la cesarea.

5. Describa si tuvo algun problema durante el embarazo.

6. Durante el embarazo, tomó bebida, fumo cigarros, o cualquier otra droga?

7. En el hospital, al nacer, su bebe aprobó el examen de audición? CIRCULE UNO – SI o NO

8. En el momento de nacer, en que posición venia su bebe, de cabeza o de pies?

9. En que hospital/ciudad/estado nacio su bebe? _____

Preguntas del 10 al 36 en la pagina de atras. Gracias

Conteste las siguientes preguntas si es un nuevo paciente:

10. Mencione si ha tenido cirugias y describalas:

11. Mencione si ha tenido hospitalizaciones: _____

Nombre del Bebe/Paciente _____

Historia Familiar Medica:

Conteste las siguientes preguntas usando un circulo alrededor de la respuesta para identificar problemas medicos de familia (abuelos, padres o hermanos):

- | | | |
|-------------------------|----|----|
| 12. Colesterol Alto | Si | No |
| 13. Problemas Cardiacos | Si | No |
| 14. Presión Alta | Si | No |
| 15. Muerte Repentina | Si | No |
| 16. Alergias | Si | No |

Cuales _____

17. Anemia o otros problemas de sangre _____

18. Cancer _____

- | | | |
|--|----|----|
| 19. Problemas de la audición (Sordera) | Si | No |
| 20. Diabetes | Si | No |
| 21. Problemas de la Tiroide | Si | No |
| 22. Problemas de infecciones de oidos | Si | No |
| 23. Problemas del estomago | Si | No |
| 24. Problemas Mentales/Depresion | Si | No |
| 25. Tuberculosis | Si | No |
| 26. Ataques de Epilepsia/Migrañas | Si | No |
| 27. Autism | Si | No |
| 28. HIV/AIDS | Si | No |
| 29. Abuso de Drogas o alcohol | Si | No |
| 30. Problemas de asma | Si | No |
| 31. Problemas del higado o pulmones | Si | No |
| 32. Problemas de Aprendizaje | Si | No |

33. Quien vive en casa con el paciente _____

34. Alguno de ellos fuma? _____

35. Hay algún animal (perro, gato,est) Si No Cúal? _____

36. Si hay armas de fuego en casa, entán estos guardados bajo llave? Si o. No