

**LABEL**

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

**Con el fin de brindarle mejor atención médica para su niño(a), le pedimos que por favor nos provea de la mejor forma posible con la siguiente información:**

**Embarazo, parto y guardería:**

Hubo alguna complicación durante el embarazo con este niño(a)?    sí / no   

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Nació su niño(a) a los 9 meses o prematuro? \_\_\_\_\_

Si fue prematuro, a cuantas semanas nació su niño(a)? \_\_\_\_\_

Fue el método de parto vaginal or cesárea? \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz **o** \_\_\_\_\_ kg

Talla al nacer: \_\_\_\_\_ pulgadas **o** \_\_\_\_\_ centímetros

Donde nació su niño(a)? \_\_\_\_\_

Por cuantos días después de nacer se quedó su niño(a) en el hospital? \_\_\_\_\_

Tuvo su niño(a) alguna complicación después de nacer? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Historial Médico:**

Enfermedades de la Infancia: Por favor marque con un círculo Sí o No para indicar si su niño(a) ha tenido alguna de las siguientes enfermedades. Indique a que edad tuvo la enfermedad. Escribe la letra "C" si tiene la enfermedad actualmente.

Acne	No	Si	Edad _____	Pérdida de la audición	No	Si	Edad _____
Hyperactividad	No	Si	Edad _____	Soplo cardíaco	No	Si	Edad _____
Falta de atención	No	Si	Edad _____	Otros problemas del Corazón	No	Si	Edad _____
Ansiedad	No	Si	Edad _____	Problemas de los riñones	No	Si	Edad _____
Anemia	No	Si	Edad _____	Problemas del hígado	No	Si	Edad _____
Asma	No	Si	Edad _____	Problemas de los pulmones	No	Si	Edad _____
Problema de conducta	No	Si	Edad _____	Mononucleosis	No	Si	Edad _____
Bronquiolitis	No	Si	Edad _____	Problemas de nervios	No	Si	Edad _____
Cáncer	No	Si	Edad _____	Obesidad/Sobrepeso	No	Si	Edad _____
Estrenimiento	No	Si	Edad _____	Neumonía	No	Si	Edad _____
Varicella	No	Si	Edad _____	Escoliosis	No	Si	Edad _____
Diarrea crónica	No	Si	Con que frecuencia: _____	Convulsiones/Ataques	No	Si	Edad _____
Tos ferina	No	Si	Edad _____	Anemia falciforme	No	Si	Edad _____
Depresión	No	Si	Edad _____	Sinusitis	No	Si	Edad _____
Retraso del desarrollo	No	Si	Edad _____	Retraso en el habla	No	Si	Edad _____
Diabetes Mellitus	No	Si	Edad _____	Infecciones urinarias	No	Si	Edad _____
Abuso de drogas	No	Si	Edad _____	Problemas con la vista	No	Si	Edad _____
Infección del oído	No	Si	Con que frecuencia: _____	Deficiencia de Vitamina D	No	Si	Edad _____
Trastorno alimenticio	No	Si	Edad _____	Consumo de Alcohol	No	Si	Con que frecuencia: _____
Eccema	No	Si	Edad _____	Otras enfermedades:			Edad _____
Colesterol Alto	No	Si	Edad _____	Otras enfermedades:			Edad _____
Alergias Ambientales	No	Si	Edad _____	Otras enfermedades::			Edad _____

Ha tenido su niño(a) consulta con algún especialista?

En caso afirmativo, por favor escriba el nombre del doctor y su especialidad y el mes y año en que su niño(a) fue visto por última vez:

---

---

Por favor reporte los medicamentos que su niño(a) toma. La cantidad que toma y con que frecuencia. (Incluya medicamentos recetados y medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos a base de hierbas).

---

---

---

---

Es su niño(a) alérgico a cualquier medicamento(s)?    sí / no   

En caso afirmativo, a que medicamento(s)?

---

Es su niño(a) alérgico a cualquier comida(s)?    sí / no   

En caso afirmativo , a que comida(s)?

---

**CIRUGIAS:** Por favor marque con un circulo si su nino(a) ha tenido alguna de las siguientes cirugias. Especifique a que edad tuvo la cirugía.

Extracción del apéndice	No	Si	Edad	_____	Reparación de hernia	No	Si	Edad	_____	Tipo de hernia:	_____
Circuncisión	No	Si	Edad	_____	Procedimiento Nissen	No	Si	Edad	_____		
Reparación de labio/paladar	No	Si	Edad	_____	Extracción de las adenoides	No	Si	Edad	_____		
Tubos en el oído	No	Si	Edad	_____	Extracción de las amígdalas	No	Si	Edad	_____		
Cirugía del los ojos	No	Si	Edad	_____	Extracción dental	No	Si	Edad	_____		
Extracción de la vesícula biliar	No	Si	Edad	_____	Traqueotomía	No	Si	Edad	_____		
Gastrotomía	No	Si	Edad	_____	VP shunt	No	Si	Edad	_____		
Cirugía del corazón	No	Si	Edad	_____	Otras cirugías:			Edad	_____		

## **Historial Familiar:**

Por favor marque con un círculo si algún familiar biológico de su niño(a) (incluyendo padres, hermanos(as), abuelos(a), tíos(a) or primos(a) con alguna de las siguientes enfermedades y especifique cual es la relación con el niño(a).

Hyperactividad	No	Si	Relación:	_____	Pérdida de audición/sordera	No	Si	Relación:	_____
Falta de atención	No	Si	Relación:	_____	Problemas del corazón	No	Si	Relación:	_____
Anemia	No	Si	Relación:	_____	Infarto	No	Si	Relación:	_____
Anciedad	No	Si	Relación:	_____	VIH/SIDA	No	Si	Relación:	_____
Asma	No	Si	Relación:	_____	Discapacidad Intelectual	No	Si	Relación:	_____
Artritis	No	Si	Relación:	_____	Problemas con los riñones	No	Si	Relación:	_____
Defectos de nacimiento	No	Si	Relación:	_____	Problemas de aprendizaje	No	Si	Relación:	_____
Cáncer	No	Si	Relación:	_____	Lupus (SLE)	No	Si	Relación:	_____
Enfermedad pulmonar crónica	No	Si	Relación:	_____	Enfermedad Mental	No	Si	Relación:	_____
Depresión	No	Si	Relación:	_____	Aborto involuntario	No	Si	Relación:	_____
Diabetes Mellitus	No	Si	Relación:	_____	Problemas neurológicos	No	Si	Relación:	_____
Syndrome de Down	No	Si	Relación:	_____	Obesidad	No	Si	Relación:	_____
Abuso de drogas	No	Si	Relación:	_____	Convulsiones/ataques	No	Si	Relación:	_____
Abuso de Alcohol	No	Si	Relación:	_____	Enfermedad de células falciformes	No	Si	Relación:	_____
Ecceema	No	Si	Relación:	_____	Rasgos de células falciformes	No	Si	Relación:	_____
Presión arterial elevada	No	Si	Relación:	_____	Problemas de estómago/intestinos	No	Si	Relación:	_____
Colesterol alto	No	Si	Relación:	_____	Derrame Cerebral	No	Si	Relación:	_____
Alergias Ambientales	No	Si	Relación:	_____	Problemas de tiroides	No	Si	Relación:	_____
Problemas gastrointestinales	No	Si	Relación:	_____	Tuberculosis	No	Si	Relación:	_____

Trastorno genético No Si Relación: \_\_\_\_\_ Pérdida de visión/ceguera No Si Relación: \_\_\_\_\_  
Diabetes durante el embarazo No Si Relación: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dolores de cabeza No Si Relación: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Muerte prematura No Si Relación: \_\_\_\_\_

**Historial Social:** (La siguiente información nos ayuda a entender cual es la situación en casa para poder brindarle el mayor cuidado completo a su hijo(a)).

Con quien vive su hijo(a)? (Por favor marque con un círculo todo lo que corresponda y especifique la cantidad después de este símbolo #)

Madre (#\_\_\_\_) Padre (#\_\_\_\_) Hermano(s) (#\_\_\_\_) Hermana(s) (#\_\_\_\_) Tía(s) (#\_\_\_\_) Tío(s) (#\_\_\_\_)  
Primos(s) (#\_\_\_\_) Otros adultos (#\_\_\_\_) Otros niños (#\_\_\_\_)

---

En que tipo de casa vive su hijo? (Por favor marque con un círculo todo lo que aplique)

Apartamento/Condominio Townhouse Casa Shared multi-family home Asilo  
Otro (por favor especifique: \_\_\_\_\_)

---

Hay alguien que vive con usted que fume? \_\_\_ si / no \_\_\_

Fuma alguna de las personas que pasa tiempo con su hijo(a)? \_\_\_ si / no \_\_\_

Quien es o son las personas que cuidan a su hijo(a) regularmente durante el día? (Ejemplo: madre, padre, abuela, niñera, guardería infantil, etc.) \_\_\_\_\_

Tiene alguna mascota en su hogar? \_\_\_ si / no \_\_\_

En caso afirmativo, por favor especifique que tipo(s): \_\_\_\_\_

Hay armas en el hogar? \_\_\_ si / no \_\_\_

En caso afirmativo, estan bajo llave? \_\_\_ si / no \_\_\_

Ha sido su hijo(a) abusado de manera física, sexual, o verbal? \_\_\_ si / no \_\_\_

En caso afirmativo, de quien? \_\_\_\_\_

Ha visto su hijo si otra persona ha sido abusada de manera física, sexual o verbal? \_\_\_ si / no \_\_\_

En caso afirmativo, de quien? \_\_\_\_\_ Quien fue el abusador? \_\_\_\_\_

**Información sobre la madre del niño(a):**

De donde es la mama del niño(a)? \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nivel mas alto de educación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Año que llegó a los Estados Unidos (Si no nació en los Estados Unidos): \_\_\_\_\_

Participa la madre en la vida del niño(a)? \_\_\_\_\_

Ha sufrido la madre alguna vez con depresión después del parto? \_\_\_ si / no \_\_\_

Ha sido la madre abusada alguna vez de manera física, sexual, o verbal? \_\_\_ si / no \_\_\_

En caso afirmativo, de quien? \_\_\_\_\_

**Información sobre el padre del niño(a):**

De donde es el padre del niño(a)? \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nivel mas alto de educación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Año que llegó a los Estados Unidos (Si no nació en los Estados Unidos): \_\_\_\_\_

Participa el padre en la vida del niño(a)? \_\_\_\_\_

Ha sido el padre abusado alguna vez de manera física, sexual, o verbal ? \_\_\_si / no\_\_\_

En caso afirmativo, de quien? \_\_\_\_\_

Forms: Intake\_spanish\_07/14/15 (SH)