

Nombre del Paciente _____ Apodo _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento _____ Ocupación _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento _____ Ocupación _____

¿Estado marital de la familia? Soltero Casado Separado Divorciado Otro _____

Si está divorciado, ¿Quién tiene custodia? _____ ¿Derechos de visita? _____

¿Alguien más vive en casa? _____

¿Alguien fuma en casa? Sí No ¿Sí, quién? _____

¿Hay mascotas en casa? Sí No ¿Sí, qué tipo? _____

Hermanos/as del Paciente:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Cuidado Pre-Natal e Historial de Nacimiento del Paciente:

Embarazo: Alguna complicación: Sí No Si contesta Sí, ¿qué? _____

Fumó, tomó alcohol, o usó drogas durante el embarazo: Sí No Si contesta Sí, ¿qué sustancias? _____

Parto: Alguna complicación: Sí No Si contesta Sí, ¿qué? _____

Tipo de parto: Vaginal Cesárea Presentación de Nalgas

Peso al nacer: _____ Longitud: _____ Circunferencia de la cabeza: _____

Nombre del hospital donde nació: _____

Problemas después de nacer: Sí No Si contesta Sí, ¿qué? _____

Transfusión de sangre después de nacer: Sí No

Historial Familiar: Registre los parientes del paciente con los siguientes problemas: (M) Madre (F) Padre (S) Hermana (B) Hermano (MGM) Madre de Mamá (MGF) Padre de Mamá (PGM) Madre de Papá (PGF) Padre de Papá (A) Tía (U) Tío (C) Primo

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| _____ ADD/ADHD | _____ Enfermedad Celíaca | _____ Enfermedad Muscular |
| _____ Alcoholismo | _____ Enfermedad Coronaria | _____ Trastornos Neurológicos |
| _____ Alergias | _____ Crohn | _____ Otras enfermedades |
| _____ Complicaciones Anestésicas | _____ Fibrosis Quística | _____ Gastrointestinales |
| _____ Artritis | _____ Sordera | _____ Otras enfermedades |
| _____ Asma | _____ Depresión | _____ Mentales |
| _____ Ansiedad | _____ Retraso en el Desarrollo | _____ Atención Psiquiátrica |
| _____ Enfermedad Autoinmune | _____ Diabetes | _____ Convulsiones |
| _____ Ceguera | _____ Dependencia a drogas | _____ Derrame Cerebral |
| _____ Desorden sanguíneo | _____ GERD (Reflujo) | _____ Trastorno de la Tiroides |
| _____ Cancer – Mama | _____ Trastorno del Desarrollo del Crecimiento | _____ Tuberculosis |
| _____ Cancer – Cervical | _____ Enfermedad del Corazón | _____ Colitis Ulcerativa |
| _____ Cancer – Colon | _____ Colesterol Alto | _____ Trastorno Alimenticio |
| _____ Cancer – Pulmón | _____ Hipertensión (Presión Alta) | _____ Otro: (Registrar Familiar y Diagnóstico) |
| _____ Cancer – Ovárico | _____ IBS (Irritación Intestinal) | _____ |
| _____ Cancer – Melanoma (Piel) | _____ Enfermedad Renal | _____ |
| _____ Cancer – Uterino | _____ Dificultades de Aprendizaje | _____ |
| _____ Cancer – Otro | _____ Migrañas | _____ |