



Daniel J. Levy, M.D., FAAP

Adriane Hanelt, CPNP

Carrie Collins, CPNP

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sex: *Varon Hembra*
 Formulario completado por: _____ Relacion con Paciente: _____

Antecedentes de embarazo y nacimiento	Historia psicosocial
Nombre del Hospital: _____ ¿Enfermedad durante el embarazo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Algún medicamento durante el embarazo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Abuso de alcohol y drogas? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Problemas al nacer? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Describa: _____ _____ ¿Tipo de entrega? Vaginal Cesaria Peso al Nacer _____ Peso al salir del hospital _____ ¿El bebé recibió la vacuna contra la Hepatitis B? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna contra la Hepatitis B: _____ Examen de Audicon en el hospital? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	¿Quién vive en casa? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Quién cuida al niño? ¿Fecha de nacimiento? Madre _____ Padre _____ ¿Están trabajando los padres? Madre No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuidado de crianza? _____ Fechas: _____ ¿Otros idiomas? _____ _____
Historia familiar	Historia médica
Tiene alguien en la familia (padres, abuelos, tías/tíos, hermanas/hermanos) que tengan lo siguiente: ¿Quién? Alergias (Lista) _____ _____ Asma No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad de tuberculosis/pulmónes No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ VIH/SIDA No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Intentos de suicidio No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Enfermedades del corazón No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Presión arterial alta/Accidente cerebrovascular No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Colesterol Alto No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Trastornos de la sangre/Célula falciforme No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Diabetes No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Convulsiones No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad mental No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Cáncer No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Defectos de nacimiento No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Pérdida auditiva No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Problemas del habla No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad renal No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Abuso de alcohol/drogas No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Hepatitis/Enfermedad hepática No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad tiroidea No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Problemas de aprendizaje/Atención No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Trastorno por Déficit No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Violencia Familiar No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ _____	¿Ha tenido su hijo alguna vez: Alergias (Lista) _____ _____ Asma No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Varicela (Año) No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas auditivos/vision No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas de la piel/Eczema No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad de tuberculosis/pulmón No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Presión arterial alta No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Defectos cardíacos/Enfermedad No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/Hepatitis No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Diabetes No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/Infecciones de la vejiga No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Discapacidades Físicas o de Aprendizaje No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado/Hemofilia No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas emocionales o conductuales No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Depresión/Pensamientos de Suicidio No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones/Cirugías No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Abuso Físico/Emocional/Sexual No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Lesiones de hueso o articulares No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Obesidad/Trastornos de la alimentación No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Otro: _____ Medicamentos que se este tomando: _____ _____