

Bienvenido a COPA!

Fecha _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Para los que no son recién nacidos, de donde se mudaron? _____

Pediatra previo/Medico familiar: _____

Historial Social

Este es su hijo por Nacimiento Adopción Hijastro(a) Niño de crianza temporal Otro _____

Padres: Casados Divorciados Separados Soltero Otro: _____

Hay alguien que fume en casa? : no Si: Adentro Afuera

Mascota/expuesto a animales en casa: No Si: tipos: _____

Familia y/o Miembros de la Familia:

Nombre	Relación	Edad	Ocupación	Vive en casa?
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Historial de Nacimiento: Donde nació su Niño? _____

Hubo alguna complicación durante el embarazo? No Si: _____

Embarazo completo \geq 37 semanas Prematuro: Semanas de Gestación: _____

Parto: vaginal Cesárea: razón: _____

Peso de Nacimiento: _____

Complicaciones durante/después del Parto: No Si: _____

Se le administro la vacuna de la Hepatitis B: Si No

Examen Auditivo de recién nacido: Paso Referido/no paso

Alergias: Tiene su niño alergia a algún medicamento o comida? Si No

Tipo de Alergia y reacción: _____

Medicamentos: Toma su niño pastillas o Gotas de Fluoruro? Si No

Toma su niño algún otro medicamento (aunque solo lo use intermitentemente)? Si No

Medicamento _____ Dosis _____

Historial Quirúrgico Pasado: Se le hizo una circuncisión? Si No

Ha tenido su niño alguna cirugía previa? Si No

Tipo de cirugía edad/fecha: _____

Hospitalizaciones: Ha sido su hijo hospitalizado o internado (A excepción de cirugías) Si No

Comentario edad/fecha: _____

Historial Medico Previo: Su hijo/a a tenido alguno de lo siguiente?

Condición:	Si	No
Alergias o Fiebre del heno		
Anemia		
Ansiedad		
Asma o Enfermedad de las vías respiratorias reactivas		
ADHD		
Sangradura o trastornos de la coagulación		
Huesos rotos, fracturas		
Varicela		
Concusión		
Estreñimiento		
Depresión		
Retraso del desarrollo		
Diabetes		
Las Drogas o el consumo del alcohol		
Eczema		
Desmayo		
Frecuente infecciones del oído		
Reflujo GI o acidez estomacal		
Enfermedad Gastrointestinal		
Problemas de audición		
Soplón cardíaco o problemas del corazón		
Hipertensión		
Problemas de aprendizaje		
Migrañas		
Neumonía		
Deficiencia en el crecimiento o retraso del desarrollo		
Convulsiones		
Retraso del habla		
Problemas de la tiroides		
Infecciones del tracto urinario o enfermedad renal		
Problemas de la vista		
Otro		

Antecedentes Familiares: Altura de los Padres: Mama _____ Papa _____

Verifique las condiciones que corren en la familia de su hijo/a y también indique la relación del miembro de la familia con el niño/a:

Condición	Relación	Condición	Relación
Alergias o Fiebre		Eczema	
Abuso del alcohol		Perdida de la audición	
Anemia		Enfermedad del corazón	
Ansiedad		Hipertensión	
ADHD		Enfermedad renal	
Enfermedad auto inmune		Problemas de aprendizaje	
Trastorno bipolar		Migrañas	
Sangradura o trastornos de la coagulación		Obesidad	
Enfermedad celiaca		Escoliosis	
La cardiopatía congénita		Convulsiones	
Depresión		Muerte súbito la	
Retraso del desarrollo		Enfermedad de los tiroides	
Diabetes, tipo 1 (juvenil)		Otro:	
Diabetes, tipo 2		Otro:	
Trastornos genéticos			