



Cuestionario Inicial		Nombre		
Formulario completado por _____	Fecha _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	M _____ F _____

Familia

Favor de hacer una lista de todas las personas que viven con el niño en la casa

Nombre	Relación con el niño	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

Si hay hermanos que no aparecen en la lista, escriba sus nombres, sus edades y dónde viven.

Si los padres no viven juntos o si el niño no vive con sus padres, ¿cuál es el estado de su custodia?

Si uno o ambos padres no viven en la casa, ¿con qué frecuencia ve el niño a su padre/ sus padres?

Antecedentes del nacimiento

Peso al nacer _____ Fue el parto ¿Vaginal? ¿Cesáreo?

¿Nació el bebé al término de la gestación? ____ ¿Prematuro? ____ ¿Tardío? ____ Si fue cesáreo, ¿por qué?

Si nació prematuro, ¿a cuántas semanas de embarazo? _____ ¿Tuvo su bebé algún problema inmediatamente después del nacimiento?

¿Tuvo la madre alguna enfermedad o algún problema con el embarazo? Sí No Explique _____

Sí No Explique _____

Fue el alimento inicial ¿De pecho? ¿De botella?

Durante el embarazo, ¿hizo la madre lo siguiente?:

Fumar Sí No Tomar bebidas alcohólicas Sí No

Usar drogas o medicamentos Sí No

Qué _____ Cuando _____

¿Salió el bebé con su madre del hospital? Sí No Explique _____

General

¿Cree usted que su hijo tiene buena salud? Sí No Explique _____

¿Tiene su hijo alguna condición médica o enfermedad grave? Sí No Explique _____

¿Ha tenido su hijo algún accidente o herida grave? Sí No Explique _____

¿Ha tenido su hijo alguna cirugía? Sí No Explique _____

¿Ha estado internado su hijo en el hospital? Sí No Explique _____

Alergias

¿Tiene su hijo alguna alergia a algún medicamento? Sí No Explique _____

Desarrollo

¿Está usted preocupado por el desarrollo físico de su hijo? Sí No Explique _____

¿Está usted preocupado por el desarrollo mental o emocional de su hijo? Sí No Explique _____

¿Está usted preocupado por falta de atención por parte de su hijo? Sí No Explique _____

Si su hijo asiste la escuela:

¿Cómo es su comportamiento? _____

¿Ha repetido algún año escolar? _____

¿Cómo le va en sus materias escolares? _____

¿Está en una clase especial? _____

Antecedentes familiares

¿Ha tenido un miembro de su familia lo siguiente?

Sordera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Enfermedad del corazón (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Desórdenes de coagulación de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Diabetes (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Se orina en la cama (después de los 10 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Abuso del alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____
Problemas del sistema inmunológico, VIH, SIDA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentario _____

Información adicional: _____

Antecedentes del niño

¿Tiene o ha tenido su hijo lo siguiente?

Varicela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cuándo _____
Infecciones del oído frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Problemas con las orejas o el oído	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Problemas con los ojos o la visión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Asma, bronquitis, bronquiolitis, pulmonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Problema con el corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Anemia o algún problema de coagulación de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Dolor frecuente del abdomen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Estreñimiento que requiere visitas al doctor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Infecciones del riñón o del vejiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Se orina en la cama (después de los 5 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
(Niñas solamente) ¿Ha comenzado la menstruación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
(Niñas solamente) ¿Hay algún problema con su menstruación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Algún problema crónico o recurrente de la piel (acné, eccema, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Dolores frecuentes de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Convulsiones u otro problema neurológico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Enfermedad de la tiroides u otro problema de glándulas endocrinas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____
Otro problema significativo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Explique _____

Uuo de alcohol o de drogas

Sí

No

Explique _____