

Página 2

Formulario de Historial Clínico

En caso de emergencia médica notificar a:

a. _____ Teléfono: _____

b. _____ Teléfono: _____

ALGÚN FAMILIAR ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES DE SALUD?

CONDICIÓN	PARENTESCO CON EL NIÑO(A)	HA PADECIDO	PADECE	NINGUNO EN LA FAMILIA HA PADECIDO
Asma				
Tuberculosis				
Historial de Epilepsia				
Obesidad				
Diabetes				
Colesterol/Triglicéridos				
Anemia				

HISTORIAL FAMILIAR Y DE NACIMIENTO **SI** **NO** **Si es afirmativo favor explicar**

1. Edad del padre y la madre: Padre: _____ Madre: _____			
2. Número de hijos y edades: ____ número _____ edades			
3. Los hijos: ¿Presentan alguna condición de salud?			
4. Peso y talla del niño(a) al nacer: ____ lbs. ____ oz. ____ pulgadas			
5. Al nacer ¿presentó el niño(a) algún problema?			

Página 3

Formulario de Historial Clínico

HISTORIAL FAMILIAR Y DE NACIMIENTO	SI	NO	Si es afirmativo favor explicar
6. Al nacer ¿se realizó la prueba de cernimiento metabólico? 7. Al nacer ¿se realizó la prueba de cernimiento auditivo?			
PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD	SI	NO	Comentarios
El niño(a) ¿ha estado hospitalizado para ser operado?			
¿RECIBE WIC?	SI	NO	Comentarios
HISTORIAL DE ALIMENTACION	SI	NO	Comentarios
1. Lactancia ___ Si ___ No 2. Fórmula que utiliza: 3. ¿Leche de vaca? 4. Cereales que consume: ___ arroz ___ avena ___ cebada ___ trigo ___ granos mixtos ___ con alto contenido de proteínas ___ todos 5. Hortalizas ¿Cuáles consume? 6. Carnes: ¿Cuáles consume?			

Página 4

Formulario de Historial Clínico

HISTORIAL DE ALIMENTACION	SI	NO	Comentarios
7. ¿Quesos? 8. Granos: ¿Cuáles consume? 9. ¿Arroz, viandas, pastas? 10. ¿Galletas, pavo y yogurt?			

Nombre y Apellidos del Padre, Madre o Tutor(a) del Niño(a)

Firma del Padre, Madre o Tutor del Niño(a)

_____/_____/_____
Día Mes Año

Revisado: mayo 2025