


INFORMACION HISTORIA CLINICA

Nombres y apellidos del niño	
Número de registro civil	
Fecha de nacimiento	
Grupo sanguíneo	
Teléfono	
Antecedentes	
Perinatales	
Duración del embarazo en semanas?	
Presento algún problema durante el embarazo? Si o no	
Fue controlado por médico?	
Parto	
Presento alguna dificultad durante el parto?	
Fue por cesárea o natural?	
Requirió oxígeno?	
Postnatal	
Fue alimentado con leche materna?	
Cuanto tiempo?	
A qué edad inició dieta complementaria?	
El apetito del niño es bueno , regular o malo?	
Es alérgico a algún alimento?	
Orgánicos	
Sufre de alguna enfermedad física?	
Toma algún tipo de medicamento permanente?	
Desarrollo	
A qué edad sonrió?	
A qué edad sostuvo la cabeza?	
A qué edad se sentó?	
A qué edad gateo?	
A qué edad camino?	
A qué edad pronuncio su primera palabra?	
Organizacion familiar	
Quienes conforman el grupofamiliar?	
Personal del niño	
Que actividades realiza individualmente?	
Como hace uso de su tiempo libre?	
Como son los hábitos de sueño?	
Como son los hábitos de alimentación?	
Que temores presenta El Niño?	
Cuales son sus fortalezas?	
Cuales son sus debilidades?	