

Historia Clínica

Datos Personales

Nombre del niño _____
Número registro civil _____
Fecha de nacimiento _____
Grupo Sanguíneo _____
Teléfono _____
Dirección residencia _____
Correo electrónico _____

Antecedentes

Perinatales

Duración del embarazo en semanas _____

¿Presento algún problema durante el embarazo? Si _____ No _____Cuál? _____

¿Fue controlado por médico? Si _____ No _____

Parto

¿Presentó alguna dificultad durante el parto? Si _____ No _____Cuál? _____

¿Fue por cesárea o natural? _____

¿Requirió oxígeno? Si _____ No _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Postnatal

¿Fue alimentado con leche materna? Si _____ No _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿A qué edad inició dieta complementaria? _____

El apetito de su hijo/a es (bueno, regular, malo) _____

¿Es alérgico a algún alimento? _____

Orgánicos

¿Sufre de alguna enfermedad física? Si _____ No _____

¿Toma algún tipo de medicamento permanente? Si _____ No _____



Desarrollo

- ¿A qué edad sonrió? _____
- ¿A qué edad sostuvo la cabeza? _____
- ¿A qué edad se sentó? _____
- ¿A qué edad gateó? _____
- ¿A qué edad caminó? _____
- ¿A qué edad pronunció su primera palabra? _____

Sistema Familiar

- ¿Quiénes conforman el sistema familiar? _____
-

Personal del niño

- ¿Qué actividades realiza individualmente? _____
- ¿Cómo hace uso de su tiempo libre? _____
- ¿Cómo son los hábitos de sueño? _____
- Como son los hábitos de alimentación _____
- ¿Qué temores presenta el niño? _____
- ¿Cuáles son sus fortalezas? _____
- ¿Cuáles son sus debilidades? _____