

**Centro de Salud: Cuestionario sobre historia de la salud/antecedentes familiares
(Para ser completado por Padre/Madre/Tutor)**

¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo? ____/____/____

Nombre del estudiante:		Fecha de Nacimiento:		Sexo: (marcar) Masculino Femenino Otro			
Nombre de la persona que completa este cuestionario:		Parentesco/Relación:		Fecha de Hoy:			
ANTECEDENTES DE EMBARAZO Y PARTO			ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS				
Enfermedades/medicamentos durante el embarazo No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Uso de drogas y/o alcohol No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Complicaciones en el parto No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Explique si las tuvo: _____ ¿El niño permaneció en terapia intensiva después del nacimiento? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____ ¿Tipo de parto? <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Si fue por cesárea, ¿Por qué? _____			¿Quién vive en el hogar? Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelo/s <input type="checkbox"/> Otros niños <input type="checkbox"/> Otros Adultos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____ ¿Alquilada? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Refugio? <input type="checkbox"/> ¿Quién cuida a los niños durante el día? _____ ¿Trabajan los padres? Madre No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuidado en familia sustitutas? _____ Fechas: _____ ¿Otros idiomas? _____				
ANTECEDENTES FAMILIARES			ANTECEDENTES MEDICOS DE SU HIJO				
Algún familiar (padres, abuelos, tíos/ tías, hermanos/as) sufre de:			Su hijo alguna vez sufrió de:				
	Sí	No	¿Quién?		Sí	No	Comentarios
Alergias (¿Cuáles?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alergias (ejemplo: a medicamentos) Enumere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TBC/Enfermedades de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Varicela (Mes/Año) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Infecciones de oído frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Intentos de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de audición/vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la piel/Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión sang. alta/Infartos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	TBC/Enfermedades de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataques/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Afecc .sanguíneas/Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	PC/Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataques convulsivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Defectos/Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades mentales/ depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades de hígado/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de riñón/infecciones de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Trastornos en el habla/aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Perdidas de sangre/Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Consumo de drogas/alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis/Enfermedad de hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas emocionales o de comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión/Pensamiento suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de aprendizaje / DDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hospitalización/Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Violencia Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Abuso físico/Emocional/Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Algún otro trastorno de salud familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolor de huesos/articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____				Obesidad/Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Medicamento/s actual/es: (Enumere) _____			_____

Revisado por:

Fecha de revisión: