



ANTECEDENTES MÉDICOS DE PACIENTE PEDIÁTRICO

Fecha de hoy: _____

Nombre del menor: _____

Nombre preferido: _____

Persona que llena el formulario: _____

Parentesco con el menor: _____

Fecha de la última revisión: _____ Altura ¿bien? **S** **N** Peso ¿bien? **S** **N**

¿Tiene las vacunas al corriente? **S** **N** Si no es el caso, especifique el motivo: _____

¿Ya se llevó a cabo una prueba del oído? **S** **N** Resultados: _____

¿Ya se llevó a cabo una prueba de la vista? **S** **N** Resultados: _____

Medicamentos que toma actualmente: **NINGUNO** _____

Alergias (comida, hule látex, cinta, piquete de abeja, medicamentos, etc.): **NINGUNA** _____

Peso al nacer: ___ libras ___ onzas ¿Problemas al nacer? **NINGUNO** _____

¿Nació prematuramente? **S** **N** Si fue prematuro, ¿cuántas semanas? _____

Describa las dificultades que tiene el menor actualmente y son de preocupación para usted: _____

¿Qué objetivos tienen (usted y su niño o niña) para la terapia? _____

¿Se queja su niño(a) de tener dolor? ¿Tiene dolor? **S** **N** Si es así, ¿dónde y cuándo? _____

Enfermedades y hospitalizaciones anteriores (fecha): **NINGUNA** _____

Cirugía (tipo y fecha): **NINGUNA** _____

Estudios (radiografías, IRM, tomografías, etc. Fechas y resultados): **NINGUNO** _____

Diagnósticos: ADD (TDA), TPD (PDD), autismo, PC (CP), etc. **NINGUNO** _____

Terapias anteriores y actuales (fechas y lugares):

Fisioterapia **NINGUNA** _____

Ocupacional: **NINGUNA** _____

Del lenguaje: **NINGUNA** _____

¿Viven más niños en el hogar? **S** **N** Nombres y edades: _____

¿En el hogar se habla otro idioma aparte del inglés? **S** **N** Si es así, indique cuáles: _____

¿El menor acude al colegio preescolar o regular? **S** **N** Si es así, indique el nombre: _____

¿Acude a clases o terapias especiales en la escuela? **S** **N** N/A Indique cuáles: _____

¿Ha mencionado cualquier dificultad la maestra (el maestro)? **S** **N** N/A Indique cuáles: _____

¿Tiene problemas de alimentación? **S** **N** Indique cuáles: _____

Si corresponde, indique la edad aproximada en la que el menor desarrolló lo siguiente:

Sentarse: _____ N/A Alimentarse por sí solo _____ N/A

Gatear: _____ N/A Controlar el orinar y defecar: _____ N/A

Caminar: _____ N/A Vestirse por sí solo _____ N/A