

# Best Kids Care

## HISTORIAL DE SALUD PRENATAL E INFANTIL

**Nombre del Niño(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento:		Obstétrico		Edad de la Madre al Nacer el Bebe	
Durante el embarazo, en cuál de estas condiciones tuvo? (Por favor marque todas las que apliquen)					
<input type="checkbox"/>	Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/>	Rubéola	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venérea
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Consumo de Drogas sin Receta:
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	Uso de Medicamentos Recetados:
<input type="checkbox"/>	Edema / Hinchazón	<input type="checkbox"/>	Proteína en la Orina	<input type="checkbox"/>	Uso de Drogas de Sustancias Controladas:
<input type="checkbox"/>	Exposición a Productos Químicos o Radiación	<input type="checkbox"/>	Uso del Tabaco	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Infecciones del Tracto Urinario	<input type="checkbox"/>	

**PARTO** (Por favor marque todo lo que corresponda): A Tiempo    Prematuro    Tarde    Normal    Inducido / Prolongado    De Nalga    Cesárea

Por favor describa cualquier otra complicación:					
Peso al Nacer		Libras		Onzas	Defectos de Nacimiento;
Peso al ser Dado de Alta		Libras		Onzas	Problemas Respiratorio    Ictericia    Transfusión
Longitud al nacer:					Alimentación (marque uno):
Edad al ser Dado de Alta					Pecho    Formula    Ambos

### HISTORIA FAMILIAR

Por favor marque cualquier condición que alguno de los parientes de sangre del niño han tenido y su relación:

CONDICIÓN	RELACIÓN	CONDICIÓN	RELACIÓN
Alcoholismo		VIH / SIDA	
Alergias		Desorden del Riñón	
Anemia		Desorden del Pulmón	
artritis		Enfermedad / Desorden Mental	
Asma / Enfisema		Atraso Mental	
Defectos de Nacimiento		Desorden Muscular	
Trastornos de Hueso / la Articulación		Fiebre Reumática	
Cáncer		Convulsiones	
Diabetes		Enfermedad de Células Falciformes	
Epilepsia		Dermatosis	
Trastorno de la Vista / Audición		Carrera	
Defectos Genéticos		Desorden de la Tiroides	
Enfermedad del Corazón		Tuberculosis	
Hemofilia		Enfermedad Venérea	
Presión Arterial Alta		Otro?	

Reconozco que la información contenida en este documento es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_