

Nombre del Hijo/a _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____

¿Toma su hijo/a cualquier medicamento? Sí No Si toma medicamentos, por favor haga lista

Nombre del Medicamento	Fuerza	Frecuencia Tomada

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Sí No Si tiene alergia(s), por favor haga lista incluso la reacción:

¿Tiene su hijo/a algunos de estos problemas o ha tenido en el pasado? Por favor circule cual(es) problema(s)

Asma	Enfermedad Cardíaca	Migrañas
Problemas de Nacimiento	Presión Arterial Alta	Diabetes
Coágulos de Sangre/Accidente Cerebrovascular		Detrazos en el Desarrollo/Aprendizaje
Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención		Cáncer
Enfermedades Conductuales-Mentales		Depresión
Varicela	Anemia de Células Falsiformes	Soplo del Corazón
Alfileres/Huesos Rotos	Trastorno de la Alimentación	Abuso de Drogas/Alcohol
Convulsiones	Uso de tabacos	Trastornos Estomacales/ Gastrointestinales

Otro: _____

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado/a durante la noche o se sometió a una cirugía o cualquier herida seria?
Si fue, por favor haga lista: _____

¿Tiene alguien en su familia (padres, hermanos, abuelos, tíos/tías) algunos de estos problemas, ahora o ha tenido en el pasado?

Asma _____ Sí, ¿Quién? _____

Coágulos de Sangre/Accidentes Cerebrovascular Sí, ¿Quién? _____

Cáncer _____ Sí, ¿Quién? _____

Diabetes _____ Sí, ¿Quién? _____

Abuso de Drogas/Alcohol _____ Sí, ¿Quién? _____

Trastorno del Corazón _____ Sí, ¿Quién? _____

Presión Arterial Alta _____ Sí, ¿Quién? _____

Colésterol Alto _____ Sí, ¿Quién? _____

Trastorno Mental/Depresión _____ Sí, ¿Quién? _____

Anemia de Células Falsiformes _____ Sí, ¿Quién? _____

Tuberculosis _____ Sí, ¿Quién? _____

¿Cuántos días de la semana su hijo/a hace ejercicios físicos? _____

¿Está su hija actualmente embarazada? No Sí