

Siestas (Cuántas y por cuánto tiempo?) _____

Algún problema para dormir? _____

Qué tipo de deporte o ejercicio practica su hijo(a)? _____ Cada
cuándo? _____

Historia Médica

Por favor marque si su niño(a) padece o ha padecido alguno de estos problemas de salud: (explique):

Problema	Sí	No	Edad	Problema	Sí	No	Edad
ADHD/ Problemas de aprendizaje				Dolores de cabeza/migrañas			
Alergias				Anemia (Deficiencia de hierro en la sangre)			
Asma				neumonía			
Infecciones de vejiga/riñones				Fiebre reumática/Enfermedad del corazón			
Desordenes sanguíneos				Escoliosis (espina curva)			
Cáncer				Convulsiones/Epilepsia			
Viruela				Problemas estomacales			
Diabetes				Tuberculosis/ Problemas pulmonares			
Desorden alimenticio							
Desorden emocional							
Infecciones frecuentes							
Hepatitis/ Enfermedad del hígado							

Explique:

Historia Familiar

Algunos problemas de salud son pasados de una generación a otra. Alguno de sus parientes sanguíneos (padres, abuelos, tíos, hermanos(as)) padecen o fallecieron de alguno de estos problemas? De ser así, cuál es el parentesco?

Problema	Sí	No	Parentesco	Problema	Sí	No	Parentesco
Alergias/Asma				Alta Presión Sanguínea			
Artritis				Colesterol Elevado			
Defectos de nacimiento				Problemas en los riñones			
Desorden sanguíneo/Sickle Cell Anemia				Problemas de aprendizaje			
Cáncer:				Enfermedad del hígado			
Depresión				Salud mental			
Diabetes				Retraso mental			
Alcoholismo				Migraña/dDolores de cabeza			
Drogadicción				Obesidad			
Problemas glandulares/endocrinos				Convulsiones/Epilepsia			
Ataque al corazón/Infarto				Tuberculosis/Problemas pulmonares			