

Historia médica para el Pre-kindergarten/Kindergarten

Nombre del estudiante _____

Segundo nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo/Genero Femenino Masculino

Desarrollo e Historia Clínica

El nacimiento del estudiante fue:

Simple

Condicion al nacimiento _____

Multiple

Por Cesarea

Peso al nacimiento _____

Prematuro

Termino completo

Altura al nacimiento _____

Con instrumentos

Con Anestesia

Adoptado: a la edad de _____

Edad del niño/a cuando:

Gateo: _____

Hablo su primera oración: _____

Comenzo a Caminar: _____

Comio por si solo/a: _____

Dijo sus primeras palabras: _____

Fue al bano solo/a: _____

Que defectos de nacimiento tiene su hijo/a? si alguno: _____

Este defecto limita su actividad en alguna forma? Explique: _____

Enfermedades pasadas (Si su niño ha tenido algunas de estas enfermedades, edad de la ocurrida)

Paperas _____ Neumonía _____ Descarga de oídos _____

Escarlatina _____ Fiebre alta _____ Dolores de oídos frecuentes _____

Fiebre reumática _____ Convulsiones _____ Defectos en la visión _____

Sarampión _____ Enfermedades del corazón _____

Ha sido su niño/a hospitalizado? Si No (si contesto si, responda las próxima 3 preguntas)

Cuando/edad? _____ Por que? _____

Por cuanto tiempo? _____

Ha tenido su niño/a accidentes serios, huesos rotos, puntos? Si No Explique, _____

Alguna persona en su familia tiene deficiencia visual? Si No Quien?, _____

ARCHIVO PERSONAL

Su niño experiencia algunos de estos? (marque todos los que aplican)

Parece ultra-activo o sin descanso

Participa bien con sus amigos

Tiene arranques de temperatura

Tiene miedo excesivo

Comportamiento impulsivo

Toma desayuno

Por favor, proveanos de cualquier otra información útil que nos pueda servir en el cuidado de su niño/a; _____

