

# HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO

## INFORME DEL PADRE

Nombre del niño:	Sexo:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre:	Edad:	¿Vive el padre en el hogar del niño?
Nombre de la madre:	Edad:	¿Vive la madre en el hogar del niño?
¿Ha sido supervisado el niño regularmente por un médico?		Fecha del último examen médico:

### DESARROLLO DEL NIÑO

Caminó a los: \_\_\_\_\_ meses    Comenzó a hablar a los: \_\_\_\_\_ meses    Aprendió a ir al baño a los: \_\_\_\_\_ meses

### ENFERMEDADES – Marque las enfermedades que el niño haya tenido y las fechas aproximadas

	Fechas		Fechas		Fechas
<input type="checkbox"/> Viruela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomieltis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de 10 días (Rubéola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tosferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días (Rubéola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

¿Otras enfermedades graves o accidentes?: \_\_\_\_\_

¿Se resfría a menudo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces en el pasado año? \_\_\_\_\_ Describe alergias del niño a tener en cuenta por el personal del centro: \_\_\_\_\_

### RUTINAS DIARIAS DEL NIÑO

¿A qué hora se levanta?	¿A qué hora se acuesta?	¿Duerme bien el niño?
¿Duerme el niño durante el día?	¿Cuándo?	¿Cuántas horas?
<b>Dieta diaria</b>	Desayuno	¿A qué horas come habitualmente?
	Almuerzo	¿Tiene problemas al comer?
	Cena	¿Le disgustan ciertos alimentos?

¿Evacúa con regularidad?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿A qué hora habitualmente? \_\_\_\_\_  
Palabra que usa para -                      Evacuar: \_\_\_\_\_                      Orinar: \_\_\_\_\_

Evaluación de los padres sobre la salud del niño

\_\_\_\_\_

Evaluación de los padres sobre la personalidad del niño

\_\_\_\_\_

¿Se lleva bien el niño con sus padres, hermanos, hermanas, y otros niños? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha jugado el niño en grupo con otros niños?

\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño algún problema o miedo en particular? (Explique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Firma del padre</b>	<b>Fecha</b>
------------------------	--------------