

Medical Record # _____

Desarrollo del Niño y Record Médico

Datos de Identificación

Nombre del niño:	Fecha de Nacimiento:	Estatura:	Peso:
Médico Pediatra:			
Otros Médicos:			

Medicamentos que Toma Actualmente (nombre y dosis)

Allergias a algun medicamento: _____

Otras alergias: _____

Historia del nacimiento

Tuvo la madre algún problema físico ó emocional durante el embarazo?	
Usó la madre alguna droga precripta durante el embarazo?	
Usó la madre alcohol, tabaco ó drogas recreacionales durante el embarazo?	
Alguna complicación durante el parto?	
<input type="checkbox"/> Nació a tiempo <input type="checkbox"/> Tarde, Por Cuanto?	<input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> Peso al nacer <input type="checkbox"/> Apgar
Parto: (Escoja dos)	
<input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/> Duro <input type="checkbox"/> Fácil	<input type="checkbox"/> (Escoja uno) <input type="checkbox"/> Parto Natural <input type="checkbox"/> Parto con medicinas

Ajuste Temprano del Infante (describa):

Patrón de dormir-despertar:
Respuesta a las personas:
Nivel general de actividad:
Problemas medicos:
Otras observaciones:

Alimentacion

Fué el niño dado leche de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	de Botella? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cólicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene el niño algun problema alimenticio?		

Adaptacion Temprana (marque y describa si aplica):

	Chuparse el dedo	
	Golpearse la cabeza	
	Mecerse	
	Sostiene la respiración	
	Darse vuelta al pelo	
	Comiendo cosas que no se comen (tiza, papel)	
	Temores	
	Depresion	
	Furias	
	Objeto(s) favorito(s)	

Desarrollo Motor (A que más el niño primero):

Gateó?:	Caminó?:
Se paró solo?:	Se cambió solo?:

Disciplina del uso del baño

A que edad la disciplina del uso del baño comenzó?	Terminó?
A tenido el niño problemas con (marque)	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Ensuciarse <input type="checkbox"/> Mojarse por el día <input type="checkbox"/> Mojarse por la noche <input type="checkbox"/> Pataletas	
Cuando comenzaron los problemas?	Cuando pararon?

Desarrollo del Habla

A que edad usó el niño palabras simples?	oraciones de 3 palabras?
Tiene el niño problemas con habla/lenguaje?	
Ha recibido alguna vez el niño terapia de habla?	

Separaciones

Tiene/tenia el niño trabajo al separarse de sus padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ha vivido el niño alguna vez lejos del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuando?
Ha pasado el niño alguna noche lejos del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas?
Tuvo el niño problemas empazando la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Desarrollo Social

Describa las tempranas experiencias sociales (parque, daycare, etc):
Describa el tipo de amistades que tiene:
Describa el ajuste escolar:
Liste actividades favoritas:
Experiencias o preocupaciones social/emocional/sexual inusuales:

Historia de Salud

	Fiebres altas	
	Alergias	
	Infecciones respiratorias	

	Otras enfermedades	
	Hospitalizaciones	
	Epilepsia	
	Como fue tratado?	
	Operaciones	
	Medicamentos	
	Accidentes ó heridas serias	
	Problemas auditivos ó con la vista	
	Algunos cambios recientes en el dormir/comer ó en la salud en general	

Información adicional la cual puede ser de ayuda en el tratamiento del niño?

Descargo medico

Yo estoy_____ no estoy_____ (escoja uno) de acuerdo en permitir que Family Services solicite información médica respecto a_____. Este descargo está en efecto mientras el niño sea un cliente en Family Services Inc. Queda entendido que Family Services está relevada de toda responsabilidad legal la cual pueda presentarse sobre este acto.

Doctor/Pediatra:_____

Dirección de calle _____ Ciudad_____ Estado _____ Codigó Postal_____

Padre ó Tutor legal_____ Fecha_____

Firma del consejero(a)_____ Fecha_____

Permiso de soltar informacion para su proveedor de Medicamentos (si aplica)

Yo estoy_____ no estoy_____ (escoja uno) de acuerdo en permitir que Family Services solicite información médica respecto a_____. Este descargo está en efecto mientras el niño sea un cliente en Family Services Inc. Queda entendido que Family Services está relevada de toda responsabilidad legal la cual pueda presentarse sobre este acto.

Doctor/Pediatra:_____

Dirección de calle _____ Ciudad_____ Estado _____ Codigó Postal_____

Padre ó Tutor legal_____ Fecha_____

Firma del consejero(a)_____ Fecha_____