

Cuestionario sobre Salud/ Antecedentes familiares

(Para ser completado por Padre / Madre / Tutor

Nombre del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: (marcar) Masculino Femenino
Cuestionario completado por:		Parentesco/ Relación:	Fecha de Hoy:
ANTECEDENTES DE EMBARAZO Y PARTO:		ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS	
Enfermedades/ Medicamentos durante el embarazo No Sí Uso de drogas y/o alcohol No Sí Complicaciones en el parto No Sí Describir: _____ ¿El niño permaneció en terapia intensiva después del nacimiento? No Si ¿Por qué? _____ ¿Tipo de Parto? Vaginal Cesárea Si fue por cesárea, ¿por qué? _____		¿Quién vive en el hogar? Madre Padre Hermanos Abuelo/s Otros niños Otros adultos ¿Cuántos? _____ ¿Alquilada? ¿Propia? ¿Refugio? ¿Quién cuida a los niños durante el día? _____ _____ ¿Trabajan los padres? Madre No Si Padre No Si ¿Cuidado en familia sustitutas? _____ Fechas: _____ ¿Otros idiomas? _____	
ANTECEDENTES FAMILIARES		ANTECEDENTES MÉDICOS DE SU HIJO	
Algún familiar (padres, abuelos, tíos/tías, hermanos/as) sufre de: Sí No ¿Quién? Alergias(Enumerar) _____ Asma _____ TBC/ Enfermedades de Pulmón _____ SIDA/VIH _____ Intentos de suicidio _____ Problemas cardíacos _____ Presión sang. alta/Infartos _____ Colesterol Alto _____ Afecc. sanguíneas/ Anemia de células falciformes _____ Diabetes _____ Ataques convulsivos _____ Enfermedades mentales/ Depresión _____ Cáncer _____ Defectos de nacimiento _____ Pérdida de Audición _____ Problemas de Habla _____ Enfermedad de riñón _____ Consumo de drogas/ alcohol _____ Hepatitis/Enfermedad de Hígado _____ Enfermedad de Tiroides _____ Problemas de aprendizaje/ DDA _____ Violencia Familiar _____ ¿Algún otro trastorno de salud familiar?: _____ _____		Su Hijo alguna vez sufrió de: Sí No Comentarios Alergias (ej: a medicamentos) Sí No Enumerar _____ Asma _____ Varicela (Mes/Año) _____ Infecciones de oído frecuentes _____ Problemas de audición/ visión _____ Problemas de la piel/Eczema _____ TBC/Enfermedades de Pulmón _____ Ataques/Epilepsia _____ PC/meningitis _____ Presión Sanguínea alta _____ Defectos/Enfermedades del corazón _____ Enfermedad de Hígado/Hepatitis _____ Diabetes _____ Enfermedad de riñón/ infecciones de vejiga _____ Trast. en el habla/ aprendizaje _____ Limitaciones físicas _____ Pérdidas de sangre/ Hemofilia _____ Enfermedades de transmisión sexual _____ Problemas emocionales o de comportamiento. _____ Depresión/Pensam. suicidas _____ Internación/Cirugías _____ Abuso físico/mental/emocional _____ Dolor de huesos/articulaciones _____ Obesidad/Trastornos en el comer _____ Otros: _____ _____ Medicamento/s actual/es: (Enumerar) _____	
Revisado por:		Fecha de Revisión:	