

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NIÑO

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NIÑA

ENFERMEDAD CRONICA (ej: asthma, alergias, etc)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

MEDICAMENTOS: (dosis y frecuencia)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO (completer solo si su hijo(a) tiene menos de 24 meses)

• ¿Algún problema durante el embarazo? _____

• Medicamentos durante el embarazo _____

• ¿En qué hospital nació? _____

• ¿Cuánto pesó al nacer? _____

• ¿Parto natural o cesaria? _____