



MOUNTAINLAND
PEDIATRICS

Cuestionario de Historial Médico

Por favor apunte quien vive en la casa con el niño

Nombre	Relación con su niño	Fecha de Nacimiento	Problemas de salud
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
En General:			
Usted Piensa que su niño(a) está en buena salud?			
No	Si		
Su niño(a) tiene una enfermedad grave?			
No	Si		
Su niño(a) ha tenido un golpe oh accidente grave?			
No	Si		
Su niño(a) ha tenido cirugías?			
No	Si		
Su niño(a) ha estado internado en el Hospital?			
No	Si		
Tiene alergia a los alimentos o medicamentos?			
No	Si		
Cómo va el desarrollo de su niño/niña?			
¿Está usted preocupado por él/ella?			
Desarrollo físico			
No	Si		
Desarrollo mental-emocional			
No	Si		