



CHILD HEALTH HISTORY
UNDER 18 MONTH

Nombre del paciente: Fecha de Nacimiento:

- 1. ¿Recibió cuidado prenatal? ¿Cuánto peso se gana?
2. Cuando nació el bebé?
3. ¿El niño tiene problemas en el hospital?
4. ¿Su hijo ha tenido problemas en los primeros meses?
5. ¿Su hijo ha estado en el hospital, además de la natalidad?
6. Su hijo ha tenido un accidente grave?
7. Han hermanos del niño, hermanas, padres o abuelos ha tenido alguno de los siguientes:
8. Si usted es un padre soltero:
9. ¿Alguien fuma en su casa?
10. Si su hijo se está viendo hoy en día para una enfermedad, ¿qué hubiera hecho usted si la clínica no existía?
11. ¿Tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a su hijo (a) que no se relacionen específicamente con qué estás aquí hoy?

Firma del Padre Fecha:
P.A. o MD Firma Fecha: