



¿ESTA EL NIÑO(A) TOMANDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?

SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cortisona		RITALIN		diluyentes de la sangre	
ESTEROIDES		insulina		sedantes	
Otros, EXPLIQUE: _____					

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO EL NIÑO(A) UNA REACCIÓN ALÉRGICA A CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES?

SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Penicilina		CODEÍNA		anestesia dental	
ASPIRINA		comida		otros, Explique: _____	

SOLO MUJERES: ¿ESTÁ EMBARAZADA? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTOS MESES? \_\_\_\_\_ ¿LACTANCIA MATERNA? \_\_\_\_\_

ESTÁ ACTUALMENTE TOMANDO MEDICAMENTOS DE CUALQUIER TIPO RUTINARIAMENTE? (PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS, HORMONOTERAPIA, ETC..) \_\_\_\_\_

LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERO A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO

PERSONA RESPONSABLE PARA EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBA CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL ABAJO DE ESTE FORMULARIO GRACIAS!

¿SU NIÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO?

¿HA OBSERVADO CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL NIÑO(A)?

¿ESTÁ EL NIÑO(A) BAJO CUIDADO DE UN MÉDICO?

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: \_\_\_\_\_

UBICACIÓN MEDICA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CEL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

PAÍSE O CIUDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO (ÚLTIMO, PRIMERO, MEDIO): \_\_\_\_\_