

Cuestionario de historial clínico 24 meses

Le rogamos lo rellene y traiga a la cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Hubo alguna anomalía en la infancia? (posición preferente de la cabeza, deformación del cráneo...):

¿Cuándo empezó a gatear su hijo? _____ meses, ¿Y a caminar? _____ meses.

Enfermedades: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Ortodoncia tratamiento ortodóncico / Retenedores: _____

Plantillas ortopédicas: _____

Accidentes: _____ Operaciones: _____

Deportes: _____

¿Qué anomalías ha notado en su hijo(a)? (trastornos del sueño, incontinencia, ...):

Terapias actuales (terapia del habla, terapia ocupacional..., homeopatía...):

Pretratamientos (osteopatía, fisioterapia...): _____

Fecha: _____

Firma: _____