

Cuestionario de historial clínico 0 - 24 meses

Le rogamos lo rellene y traiga a la cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Características especiales durante el embarazo (por ejemplo, sangrado, parto prematuro...)

Características especiales en el nacimiento (por ejemplo, posición lateral, BEL, ventosa, cesárea, cordón umbilical alrededor del cuello...)

Otras características llamativas (marcar con una cruz)

	muy llamativo	llamativo	poco llamativo	normal	no sé
Sueño					
Lactancia/beber					
Gritos/calmar se					
Defecación					
Humor					
Vómitos del lactante					
Nerviosismo					

Terapias actuales: por ejemplo, osteopatía, fisioterapia (¿cuándo?): _____

Otros problemas de salud, medicación: _____

Última vacunación: _____

Nombre del pediatra: _____

¿Se ha tratado ya aquí a un hermano? sí / no Nombre: _____

Fecha: _____ Firma: _____