



New Jersey Pediatric Neuroscience Institute

P: 973-326-9000 | F: 973-326-9001

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Por qué está el/la niño/a aquí hoy? \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE NACIMIENTO**

Marque aquí si es desconocido

¿Nació el bebé a término complete?  Sí  No (Si "no," ¿a cuántas semanas/meses? \_\_\_\_\_)

Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cómo fue el parto del bebé?  Parto vaginal  Cesárea  
(Si es una cesárea, por favor explique por qué \_\_\_\_\_)

¿La madre usó Tabaco, alcohol, drogas, o medicamentos durante el embarazo?  Sí  No  
(Si la respuesta es "sí," enumere y describa \_\_\_\_\_)

¿Hubo complicaciones durante el embarazo, o durante o después del nacimiento?  Sí  No  
(Si la respuesta es "sí," enumere y describa \_\_\_\_\_)

¿Fue necesaria una UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)?  Sí  No  
(Si la respuesta es "sí," describa lo que pasó en la UCIN \_\_\_\_\_)

¿Se fue el bebé a la casa con la madre del hospital?  Sí  No  
(Si la respuesta es "no," explique por qué \_\_\_\_\_)

**HISTORIAL MÉDICO/ RESUMEN DE LOS SISTEMAS**

¿Su hijo(a) tiene o ha tenido su hijo(a) alguna vez...?

- Hospitalizaciones  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Infecciones de oído frecuentes  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Problemas con los oídos o la audición  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Problemas con los ojos o el visto  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Asma, bronquitis, o neumonía  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Cualquier problema cardíaco o soplo cardíaco  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Estreñimiento  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Problemas para conciliar el sueño  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Ronquidos  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Dolores de garganta frecuentes  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Dolores de cabeza frecuentes  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Convulsiones  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Episodios de mirar fijamente  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Hiperactividad  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Dificultad para enfocarse o prestar atención  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Ansiedad  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Desorden de ánimo  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Depresión  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Desmayos  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Convirtiendo azul alrededor de la boca  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_
- Sonambulismo  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_



**New Jersey Pediatric  
Neuroscience Institute**

P: 973-326-9000 | F: 973-326-9001

**HISTORIA QUIRÚRGICA**

Marque aquí si es desconocido

¿Ha tenido su hijo cada cirugía?  Sí  No

(Si la respuesta es "sí," ¿qué cirugía tuvo él/ella y cuándo fue la cirugía? \_\_\_\_\_)

**HISTORIA DE LA FAMILIA BIOLÓGICA**

Marque aquí si es desconocido

¿Algún miembro biológico de la familia tuvo lo siguiente?

- Convulsiones  Sí  No ¿Quién?
- Dolores de cabeza o migrañas  Sí  No ¿Quién?
- Discapacidad de aprendizaje  Sí  No ¿Quién?
- TDAH  Sí  No ¿Quién?
- Enfermedad psiquiátrica  Sí  No ¿Quién?
- Lupus u otras enfermedades autoinmunes  Sí  No ¿Quién?
- Esclerosis múltiple  Sí  No ¿Quién?
- Ataque/derrame cerebral  Sí  No ¿Quién?
- Autismo  Sí  No ¿Quién?
- Retraso en el desarrollo  Sí  No ¿Quién?
- Parálisis cerebral  Sí  No ¿Quién?
- Trastornos genéticos (por ejemplo, síndrome de Down)  Sí  No ¿Quién?
- Tics o síndrome de Tourette  Sí  No ¿Quién?

¿De qué ciudad y país son la madre biológica y el padre del niño?

Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

¿Están relacionados la madre biológica y el padre / de la misma familia?  Sí  No

**HISTORIA SOCIAL**

Por favor liste a todos los que viven en el hogar del niño

NOMBRE	Fecha de nacimiento	Edad	RELACIÓN AL PACIENTE

¿Cuál de estos describe mejor la situación de vida del niño?

- Vive con ambos padre biológicos
- Vive con un padre biológico (per custodia compartida)
- Vive con la familia de crianza
- Vive con ambos padre adoptivos
- Vive con un padre biológico (custodia exclusiva)
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Alguien en el hogar fuma?  Sí  No



New Jersey Pediatric  
Neuroscience Institute  
P: 973-326-9000 | F: 973-326-9001

### ESCUELA/HISTORIA ACADEMICA

Enumere todas las escuelas a las que ha asistido su hijo.

NOMBRE DE ESCUELA	Grado (o Años)

Enumere las calificaciones o el rendimiento más recientes en las siguientes materias:

NOMBRE DEL SUJETO	Nota
Artes del lenguaje	
Matemáticas	
Ciencias	
Estudios Sociales	
Otros sujetos	

¿El niño alguna vez repitió un grado en la escuela?  Sí  No  
(Si la respuesta es "sí," qué grados? \_\_\_\_\_)

¿Alguna vez la niña tuvo una evaluación del Equipo de Estudio Infantil?  Sí  No  
(Si la respuesta es "sí," por qué y cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

**\*\* Si su hijo alguna vez tuvo una evaluación del Equipo de Estudio Infantil y / o un Programa de Educación Individualizada (IEP), asegúrese de traer una copia actualizada al examen \*\***

¿Su hijo está recibiendo adaptaciones especiales en la escuela?  Sí  No  
(Si la respuesta es "sí," explique que adaptaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)



New Jersey Pediatric Neuroscience Institute

P: 973-326-9000 | F: 973-326-9001

**HISTORIA DE DESARROLLO**

Marque aquí si es desconocido

¿Su hijo ha recibido todas las terapias de desarrollo?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué terapias?

- Terapia física  Terapia ocupacional  Análisis Aplicado de Comportamiento
- Terapia de habla  Terapia de habilidades sociales  Terapia psicológica

¿Ha tenido su hijo alguna regresión (es decir, perdió u olvidó las habilidades de desarrollo)?

Sí  No (En caso afirmativo, describa lo que sucedió \_\_\_\_\_)

Alrededor de la edad que tenía su hijo/a cuando él/ella fue consistentemente capaz de:

- Sentarse sin ayuda Edad: \_\_\_\_\_  Incapaz de hacer esto
- Gatear Edad: \_\_\_\_\_  Incapaz de hacer esto
- Caminar unos pasos sin ayuda Edad: \_\_\_\_\_  Incapaz de hacer esto
- Decir sus primeras palabras Edad: \_\_\_\_\_  Incapaz de hacer esto
- Hablar en frases Edad: \_\_\_\_\_  Incapaz de hacer esto

**MEDICAMENTOS**

Marque aquí si es desconocido

Por favor, indique todos los medicamentos actuales de su hijo, incluso vitaminas o suplementos.

NOMBRE DE MEDICAMENTOS	DOSIFICACIÓN Y HORARIO DE MEDICAMENTOS

**ALERGIAS**

Marque aquí si es desconocido

¿Su hijo ha tenido alguna reacción alérgica a los medicamentos?  Sí  No

(En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s) y qué fue / fueron la(s) reacción(es) alérgica(s)? \_\_\_\_\_)

¿Su hijo ha tenido alguna reacción alérgica a los alimentos?  Sí  No

(En caso afirmativo, ¿qué alimentos y qué fue / fueron la(s) reacción(es) alérgica(s)? \_\_\_\_\_)

¿Su hijo tiene alergias estacionales?  Sí  No

**INMUNIZACIONES**

Marque aquí si es desconocido

¿Tu hijo tiene todas las inmunizaciones?  Sí  No

(Si la respuesta es "no," explique por qué \_\_\_\_\_)