Marcar con una "X" las enfermedades que padece (1) o ha padecido (2):

(1)

(2)

Sarampión		
Rubeola		
Varicela		
Asma		
Parotiditis		
Tuberculosis		
Dengue		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Anemia		
Amigdalitis		
Caries		
Diabetes		
Otitis		
Enfermedad de la Piel		
Parásitos		
Convulsiones		
Otras		

Grupo sanguíneo y factor RH: _____. Ha recibido transfusiones de sangre o derivador: ___ Si ___ No

Indique fecha y motivo:

Hábitos Socio Biológicos:

Describa brevemente la personalidad y características emocionales de su representado (a):

¿Cuántas horas tiene de sueño nocturno?: _____ ¿Hace siesta?: ___ Si ___ No.

¿A qué hora se levanta para ir al Maternal?: _____ ¿Se levanta descansado(a) y con energía?: ___ Si ___ No

¿A qué hora se acuesta?: _____ ¿Va al maternal en: ___ Transporte Privado ___ Carro particular ___ Transporte Público.

¿Acostumbra desayunarse antes de entrar al maternal?: Si No ¿Los alimentos que trae al maternal generalmente los trae de la casa? Si No. ¿A qué hora?: _____.

¿Cómo es en general su apetito?: Excesivo Moderado Poco.

¿Practica alguna actividad extraescolar?: Si No. ¿Cuál?: _____.

¿Ha presentado alguna vez trastornos en la micción (orina oscura, ardor o dolor al orinar, aumento en la frecuencia de las micciones, etc.)? Si No.

Especifique: _____.

¿Utiliza lentes correctivos?: Si No. Por: Miopía Hipermetropía Astigmatismo Estrabismo. ¿Desde qué edad?: _____. Fecha último control oftalmológico: _____.

¿Tiene algún problema de atención?: ¿Es distraído(a) o se distrae con facilidad?: Si No.

Descríbalo: _____.

¿Ha perdido el conocimiento alguna vez?: Si No.

Detalle causa y tratamiento: _____.

¿Padece dolores de cabeza frecuentes?: Si No.

Especifique tratamiento que utiliza: _____.

Especifique si padece algún tipo de alergias (Rinitis, Dermatitis, Asma, alergia a colorantes, alimenticia, etc.) (“La alergia a medicamentos será especificada más adelante”).

Indique tratamiento (nombre del medicamento y dosis) que ha recibido o requiere actualmente:

Alergia	Tratamiento

Indique si ha presentado y aproximadamente cuantas veces: Otitis externa Otitis media Amigdalitis Respira por la boca.

Alguna observación que desee hacer: _____.

¿Padece alguna enfermedad del aparato respiratorio o cardiovascular?: Si No.

Indique diagnóstico médico y tratamiento que sigue: _____.

¿Ha requerido en alguna oportunidad inmovilización con yeso, vendaje, collarín, etc.? Detalle fecha, tipo de inmovilización y causa: _____.

¿Padece alguna enfermedad muscular, ósea, malformación, problemas ortopédicos, etc.?

___ Si ___ No. Especifique: _____.

¿Ha sido hospitalizado (a)?: ___ Si ___ No. Indique la fecha y el motivo de cada hospitalización

(incluya las intervenciones

quirúrgicas): _____.