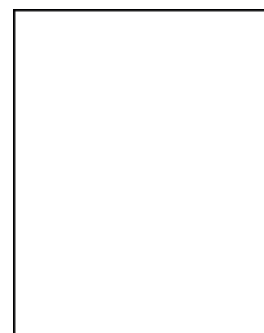




**FICHA INFORMATIVA DE SALUD  
Y BREVE HISTORIA FAMILIAR**



**INFORMACIÓN BÁSICA**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono Casa \_\_\_\_\_  
RH \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_ NUIP \_\_\_\_\_

**DATOS FAMILIARES**

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
Teléfono casa \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
Teléfono casa \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Número de hermanos \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa \_\_\_\_\_  
El niño (a) vive con:  
Ambos padres \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Abuelos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Señale con una X si en caso afirmativo ha presentado alguna de estas patologías:  
Enfermedades Cardiacas: Arritmias \_\_\_\_\_ Soplos cardiacos \_\_\_\_\_ Taquicardia \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_  
Enfermedades Respiratorias: Asma \_\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_\_ Otitis \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_  
Enfermedades del Sistema Nervioso: Epilepsia \_\_\_\_\_ Meningitis \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_  
Otras \_\_\_\_\_  
Antecedentes Quirúrgicos:  
Le han practicado a su hijo(a) alguna cirugía Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo cuál y a qué edad \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

Su hijo(a) por prescripción médica está tomando algún tipo de medicamento en este momento:  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Frecuencia (si es temporal o de por vida) \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

Su hijo(a) presenta algún tipo de alergia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique:  
Alimentarias \_\_\_\_\_  
Medicamentos \_\_\_\_\_  
Ambientales \_\_\_\_\_  
Otras alergias \_\_\_\_\_

Su hijo(a) ha presentado durante el primer año de vida, un estado de salud: Bueno \_\_\_\_\_  
Con dificultades \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si su hijo(a) presenta alguna patología en especial por favor mencione cuál y los cuidados específicos (anexar reporte médico) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA PRE Y PERINATAL:**

*(Concepción, embarazo, semanas de gestación, control médico y parto)*

Peso y talla al nacer: \_\_\_\_\_ ¿Tuvo algún tipo de complicación neonatal? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Refiera brevemente el proceso del embarazo y parto de su hijo (a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL DESARROLLO:**

*(Desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, control de esfínteres, alimentación)*

¿Su hijo recibió seno materno? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Razones en caso de no haber recibido Seno materno: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿A qué edad su hijo adquirió los siguientes procesos?:

Consumió alimentos diferentes a la leche \_\_\_\_\_ Sostuvo la cabeza \_\_\_\_\_ Gateó  
\_\_\_\_\_ Se paró con ayuda \_\_\_\_\_ Se sentó solo \_\_\_\_\_ Controló esfínteres  
\_\_\_\_\_ Inició el balbuceo \_\_\_\_\_ Inició el lenguaje \_\_\_\_\_

Si su hijo(a) ha presentado alguna dificultad en las áreas expuestas anteriormente  
describala: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

*(Relaciones familiares, familia extensa, hermanos, separaciones, muertes)*

Describe las relaciones de la familia nuclear y extensa con su hijo (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA PSICOSOCIAL:**

*(Relación con otros niños, autocontrol, acatamiento de órdenes, temperamento, actividades recreativas)*

Refiera la percepción como padre que tiene frente a su hijo y la relación social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA MADRE