|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO  DEL – LA PACIENTE | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE NACIMIENTO | Haga clic aquí. | Nº HC |  |
| Sexo | Elija un elemento. |  |  |
| ¿Es adoptado o está en acogida? | Sí  No |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y edad hermanos | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status familiar | | | Elija un elemento. | | |
| Dirección: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | Población | Haga clic |
| Provincia: | Haga clic | | | CP: | Haga clic |
| Correo electrónico | | Haga clic | | Teléfono | Haga clic |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de progenitore/as | Haga clic | Haga clic |
| DNI (escriba debajo del nombre) | Haga clic | Haga clic |
| Ocupación | Haga clic | Haga clic |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Centro de Salud que le corresponde | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| Nombre del pediatra | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo nos ha conocido?  (foros, blog, Facebook, otros) | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |



**EMBARAZO, PARTO, LACTANCIA**

Medicación o suplementos administrados durante el embarazo

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicación administrada durante el embarazo** | Yodo  Vitamina D  Ácido fólico  Progesterona  Heparina  Adiro  Insulina  Otros  Especificar |

¿Tuvo necesidad de hacer reposo en algún momento del embarazo?

Sí (especificar en qué semanas) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No

Durante el embarazo ha sufrido ansiedad o depresión Sí  No

Semana a la que fue el nacimiento: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Peso al nacer Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Señale las prácticas realizadas durante el parto

Inducción con oxitocina

Epidural

Maniobra de Kristeller (subirse encima del abdomen y apretar con fuerza)

Ventosa

Fórceps

Cesárea

Reanimación del bebé

Ingreso en neonatos

La lactancia fue materna exclusiva los primeros 6 meses Sí  No

Administró algún otro alimento durante los 6 primeros meses

Agua  Infusiones  Leche azucarada o con cacao  Zumos (incluidos naturales)

Señale qué elementos y hasta qué edad ha utilizado durante la lactancia

Pezonera Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Biberón Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Vasito normal pero pequeño, sin pitorro o tetina Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Jeringa/sonda Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Otro (especificar) Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Durante cuánto tiempo amamantó a su hijo/a

Menos de 1 año  Entre 1 y 2 años  Más de 2 años

Señale si tuvo alguna de las siguientes dificultades con la lactancia materna

El bebé no cogía peso

Bilirrubina alta

Sensación de no tener suficiente leche

Grietas

Mastitis

Lactancia dolorosa o agarre poco profundo

Reflujo o regurgitación

Sonidos de clic o chasquidos al mamar

Lactancia de un solo pecho

¿Consultó con una asesora de lactancia o IBCLC? Sí  No

¿El bebé ha sido intervenido de frenillo lingual? Sí  No

En caso afirmativo, señale con qué edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hasta qué edad ha utilizado, aunque sea ocasionalmente:

Chupete Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Biberón Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Vasito entrenador con pitorro Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Vaso 360 Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Otro (especificar) Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**ALIMENTACIÓN**

Señale si observa esto en su hijo/a

Frustración al comer

Dificultad para la transición a alimentos sólidos

Es lento comiendo (no termina las comidas)

Picotea comida durante todo el día

Traga sin masticar lo suficiente

Escupe la comida porque se le hace bola

Se guarda comida en las mejillas como las ardillas

Exigente con texturas

Se atraganta o ahoga con la comida

Regurgita la comida

Mastica con la boca abierta

Se mete la mano en la boca para sacarse comida

**INFORMACIÓN MÉDICA**

¿Está el niño en tratamiento médico en la actualidad? Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está al corriente del calendario vacunal? Sí  No

¿Está o ha estado en tratamiento con Atención Temprana? Sí  No

¿Está o ha estado en tratamiento con fisioterapia? Sí  No

¿Está o ha estado en tratamiento con logopeda? Sí  No

¿Está o ha estado en tratamiento con otorrino? Sí No

¿Está o ha estado en tratamiento con otro especialista (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, señale si su hijo tiene alergia a algún medicamento, alimento o producto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mencione los medicamentos, incluidos homeopatía o sin receta, que se le estén administrando a su hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Señale si le ha sucedido a su hijo algo de lo siguiente**

Alergias

Alteraciones de riñón/inf, orina

Anemia

Anginas de repetición

Anorexia/desórdenes alimentarios

Asma

Celiaquía

Convulsiones/pérdida de conciencia/epilepsia

Déficit auditivo

Diabetes

Dermatitis atópica

Enfermedades/malformaciones del corazón

Fiebre elevada prolongada

Hemofilia

Ingresos hospitalarios

Otitis de repetición

Ronca

Sangrados prolongados

Soplo corazón

TEA//TDAH/TEL

Transfusiones de sangre

Tuberculosis

Por favor exponga si su hijo padece alguna enfermedad o alteración que debamos conocer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL**

¿Tiene dolor el niño en actualmente? Sí  No

¿Ha tenido el niño experiencias previas en el dentista? Sí  No

En caso afirmativo, indique fecha de la última consulta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces cepilla al niño **SEMANALMENTE**?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Utiliza pasta de dientes fluorada con mínimo 1000 ppm? Sí  No

¿Utiliza el hilo dental? Sí  No

¿Quién cepilla al niño habitualmente? Padre/madre  Se cepilla solo

¿Tiene su hijo miedo a algo en concreto (ruidos, luces, movimiento del sillón)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señale si observa en su hijo algo de lo siguiente:

Se chupa o succiona los labios

Se muerde las uñas u objetos

Rechina los dientes

Se chupa el dedo

Empuja con la lengua entre los dientes

Problemas de pronunciación

Duerme con la boca entreabierta

Empuja la lengua contra los dientes

Duerme con la cabeza muy extendida hacia atrás

Suele tener mocos

La madre acude al dentista Anualmente  Cuando tiene dolor. Raramente

El padre acude al dentista Anualmente  Cuando tiene dolor.  Raramente

EXPONGA EL MOTIVO DE CONSULTA

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