|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDODEL – 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

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