

HOJA DE SALUD

Nombre del alumno:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Embarazo y parto:

- ¿Existió algún problema en el embarazo? Si/no ¿Cuál?
- ¿Existió algún problema en el parto? Si/no ¿Cuál?
- ¿Con cuántas semanas de gestación nació?

Enfermedades:

- Centro de salud al que acude habitualmente:
- Nombre de su pediatra: -Nombre enfermera/o:
- ¿Es intolerante a algún alimento? Si/no ¿Cuál?
- ¿Es alérgico a algún alimento? Si/ no ¿Cuál?
- ¿Es alérgico a algún medicamento? Si/ no ¿Cuál?
- ¿Es alérgico a algún animal? Si/no ¿Cuál?
- ¿Es alérgico a algún producto o componente cosmético o de limpieza? Si/no ¿Cuál?
- ¿Es alérgico a alguna planta o polen? Si/no ¿Cuál?
- ¿Hay antecedentes en la familia de alergias? Si/no ¿Cuál?
- ¿Toma medicación habitual? Si / no ¿Cuál?
- ¿Para qué toma la medicación?
- ¿Enferma con frecuencia? Si/no
- ¿Ha padecido bronquiolitis/bronquitis/laringitis? Si/no ¿Cuál?
- ¿Qué enfermedades padece o ha padecido?
- ¿Ha tenido alguna operación? Si/no ¿Cuál?
- ¿Ha estado hospitalizado en alguna ocasión? Si/no ¿Por qué?
- ¿Le sube la temperatura muy rápido? Si/no
- ¿Ha tenido alguna vez convulsiones? Si/no
- ¿Hay antecedentes en la familia de convulsiones? Si/no
- En caso de tener fiebre ¿qué medicamento administras?
- ¿Cuánta dosis/cantidad?
- ¿Algo que creas importante aportar?

Alimentación:

- ¿Es lactancia materna, artificial o mixta?
- ¿ha empezado ya la alimentación complementaria? Si/no
- ¿Ha empezado ya con sólidos? Si/no
- ¿Haces Baby lead weaning? Si/no
- ¿Qué alimentos tiene introducidos?
- ¿Hay algún alimento que no le guste?
- ¿Hay algún alimento que notes que le siente mal?



ver oír sentir

En colaboración con:



tribucando