

## 4) INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD Y EL DESARROLLO

A). Nacimiento

Dificultades en el embarazo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Falta de oxígeno al nacer? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Dificultades de salud en los primeros meses de vida: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

B). Marque con una "X" los aspectos del listado que usted haya evidenciado durante el desarrollo de su hijo (a).

	SI	NO
Retraso en hablar		
Deficiencias vitamínicas		
Problemas digestivos		
Problemas cardíacos		
Problemas auditivos		
Retraso al caminar		
Problemas nutricionales		
Problemas glandulares		
Problemas visuales		
Diabetes		
Amibiasis, Parásitos		
Asma, alergias		
Anemia		
Hepatitis		
Problemas cerebrales		
Convulsiones		
Atención breve		
Nerviosismo		

	SI	NO
Pasividad		
Inmadurez emotiva		
Problemas neurálgicos		
Desmayos		
Agresividad		
Problemas de concentración		
Irritabilidad		
Poca vitalidad		
Ambidiestro		
Dificultad para aprender a leer		
Dislexia		
Discalculia		
Disgrafía o Letra anormal		
Dislalia o Tartamudez		
Déficit de atención		
Trastorno de Hiperactividad		
Resistencia a ir al colegio		
Llora en el colegio		

C). ¿Está actualmente tomando algún medicamento? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

D). ¿Existe alguna otra condición que considere importante mencionar?

---

---

---

E). Utilice el siguiente espacio para aclarar o ampliar alguna de las respuestas anteriores.

---

---

---

---