

Nombre y apellido de la madre:			
N° de identificación (cédula / pasaporte):			
Patologías de la madre:		Hemoglobinopatías	Sí No
Edad gestacional al nacer el bebé:			
Tipo de parto: Normal ____ Cesárea ____			
Si fue parto normal indicar si requirió fórceps Sí No			
Nombres y apellidos del niño (a):			
Fecha de nacimiento		Número de cédula / pasaporte:	
Estatura y peso al nacer:		Estatura y peso Actual:	
Apgar 1 min.:	Apgar 5 min.:	Reanimación:	Sí No

1. ¿Desde cuando atiende usted al menor de edad?

2. Presenta o ha presentado el niño(a) alguna deformidad, enfermedad o defecto Sí No congénito? De ser afirmativa su respuesta favor ampliar la información:

3. Le han detectado algún soplo cardíaco? Sí No Si la respuesta es afirmativa favor ampliar información.

4. Ha presentado algún problema de las vías respiratorias? Sí No Si la respuesta es afirmativa favor indicar el tratamiento recibido.

5. Ha presentado adenopatías? Sí No Si la respuesta es afirmativa explique la razón:

6. Ha presentado visceromegalias? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa explique la razón:

7. Existe alguna patología por la cual ha necesitado, necesita o necesitará tratamiento? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa favor ampliar la información:

8. Padece de alguna alteración o enfermedad neurológica? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa favor ampliar la información.

9. Favor suministrarnos cualquier otra información que posea sobre la salud del niño (a) que deba ser de nuestro conocimiento para efectos del seguro de salud solicitado:

Resultados de Ultrasonido: _____

*****Favor adjuntar copia de la tarjeta de vacunación, crecimiento y desarrollo del menor*****

Declaración

Declaro que los datos aquí consignados son fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida.

Firma y sello del médico: _____ Fecha: _____