



FICHA DE PEDIATRIA

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ EDAD: _____ SEXO M F
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DIRECCIÓN: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE MAMÁ: _____ CELULAR: _____ OFICINA: _____
 NOMBRE DE PAPÁ: _____ CELULAR: _____ OFICINA: _____
 OTRA PERSONA DE CONTACTO: _____ TELÉFONO: _____

DATOS PRENATALES Y NEONATALES

Embarazo Nº Embarazo Planificado Embarazo Deseado Tiempo del embarazo
 Enfermedades sufridas durante el embarazo: _____
 Parto Normal Parto por Cesárea Parto Inducido Tiempo del trabajo de parto: _____
 ¿Lloró y respiró al nacer? Si No Peso: _____ Talla: _____ Circunferencia Cefálica: _____
 ¿Alguna complicación durante el parto? _____
 Observaciones: _____

ALIMENTACIÓN

Lactancia Materna _____ Tiempo: _____ Lactancia Artificial: _____ Tiempo: _____
 Fecha del inicio en el proceso de ablactación (inicio de sopas, jugos y otros diferentes a la leche): _____
 Alimentación actual: _____
 Mastica los alimentos: _____

ANTECEDENTES

	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	FECHA
TRAUMATISMOS O CAÍDAS			
HOSPITALIZACIONES			
ERUPTIVAS			
OPERACIONES			

Complicaciones (Explique): _____
