



Nombre: \_\_\_\_\_ Varón \_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zona Postal

Padre(s) o Guardianes: \_\_\_\_\_ Ocupación del Adulto: \_\_\_\_\_

¿Cómo usted aprendió sobre nuestro programa?  Pacientes Actuales  Internet  Boletín  Radio  
 Recomendado por Familia o Amigos  Periodico o TV  Recomendado por Dr. \_\_\_\_\_

**Historia de los Ojos** ¿Usted ha notado siempre cualquiera del suceso siguiente con los ojos de su bebé?  
(compruebe por favor cualquiera que se aplica)

Ojo turno:  adentro  afuera  Ojos llorosos  Ojos rojos  Ojos hinchados  Pupila blanca  
Explique cualquier preocupación del ojo:  
\_\_\_\_\_

**Desarrollo y Historia de la Salud**

**EMBARAZADA**

Tiempo de embarazo: \_\_\_\_\_ semanas Lista de complicaciones durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Otras cosas de embarazo: \_\_\_\_\_

**PARTO**

Peso al Nacer \_\_\_\_\_ Parientes edad al tiempo del nacimiento: Madre \_\_\_\_ Padre \_\_\_\_

Lista de complicaciones durante el parto: \_\_\_\_\_

¿Usaron oxígeno?  No  Sí APGAR clasificación del nacimiento: \_\_\_\_\_ (si está sabido)

**MÉDICO**

Doctor del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen: \_\_\_\_\_ ¿Están sus vacunas al corriente?  Sí  No

¿Su bebé tiene alergias sabidas del alimento o de la droga?  No  Sí: \_\_\_\_\_

Enumere TODAS las medicaciones tomadas regularmente:  Ningunos Lista: \_\_\_\_\_

Lista de cualquier desarrollo retraso: \_\_\_\_\_

Compruebe todo lo siguiente que su bebé pueda hacer ahora:  Darse la vuelta  Sentarse  Gatear  Pararse  Caminar

¿Su bebé ha tenido siempre una alta fiebre?  No  Sí, ¿Que alta? \_\_\_\_\_

Enumere por favor cualquier enfermedad de niñez que su bebé haya tenido:

\_\_\_\_\_ Lastimadura \_\_\_\_\_ ¿a qué edad? ¿Cómo severa?  Leve  Moderada  Severa

\_\_\_\_\_ Lastimadura \_\_\_\_\_ ¿a qué edad? ¿Cómo severa?  Leve  Moderada  Severa

Enumere cualquier accidente, lesiones del ojo, o en la cabeza, y la edad que ocurrió: \_\_\_\_\_

Enumere por favor cualquier otra condición que debemos saber alrededor: \_\_\_\_\_

**Historia de la Familia**

Tiene otros en su familia con: Ojo perezoso (ambliopía) Sí No Ojo turno (strabismo) Sí No Tumor de el ojo Sí No

Enumere por favor a cualquier miembro de la familia con una historia de ojo o otro problemas médicos.

Enumere la relación y el tipo de problema:

Yo creo que esta información está correcta, y voluntad doy la información adicional como necesaria. Esta información se puede utilizar solamente en el tratamiento de los ojos y de la visión de mi niño.

**Yo entiendo este examen de la vision de InfantSEE™ no le cuesta. Si servicios o tratamientos más futuros se recomiendan, puedo elegir a cualquier profesional para proporcionar esos servicios.**

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_