

Pediatric Neurosurgery Center
Prenatal/Birth Histories

The Pediatric Neurosurgery Center at Dell Children's Medical Center

Historial clínico desde su nacimiento

Fecha de nacimiento _____ ¿Nació a tiempo? ¿Prematuro?

¿Cuántas semanas prematuro? _____ ¿Qué tan tarde? _____

¿Cuánto pesó? _____ ¿Complicaciones durante el embarazo? Sí No

Si es así, favor de explicar. _____

Ante parto

¿Náuseas matutinas prolongadas? Sí No

¿Problemas de salud durante el embarazo? Sí No

Durante el embarazo usó Drogas Alcohol Cigarrillos o tabaco

Otros factores: _____

Parto: Espontáneo Parto provocado Complicado describa _____

Parto: Vaginal Fórceps/parto con asistencia Cesárea

Índice de apgar: 1 minuto _____ 5 minuto _____ otro _____

En las primeras dos semanas de nacido, su niño tuvo algún problema en particular por ejemplo:

Fiebre Infecciones Convulsiones Mala alimentación Ictericia

Dificultad para respirar Agitación excesiva Otro: _____

¿El niño tiene alguna malformación congénita? Sí No

Explique si la tiene _____

¿Puede ver bien el niño? Sí No (describa) _____

¿Puede oír bien el niño? Sí No (describa) _____

