

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Cuánto mides: _____ Cuánto pesas: _____ En que año estás en la escuela: _____

¿Por qué estás aquí? _____

¿Te gusta la escuela? Explica: _____

¿Tu grupo de amigos es grande o pequeño? _____

¿Quién es tu mejor amigo/a? _____

Lo que más te gusta hacer para pasarlo bien: _____

¿Cuál es tu deporte favorito o la actividad que más te gusta hacer? _____

Lo que más te gusta hacer con tu familia: _____

Lo que más te gusta hacer cuando estás solo/a: _____

Los quehaceres de la casa: _____

La hora que te acuestas: _____ La hora que te despiertas: _____

¿Alguna vez te despiertas en la noche? _____ ¿Tienes pesadillas? _____

¿Te dan dolores de estómago? _____ ¿Te dan dolores de cabeza o de oído? _____

¿Te cuesta ver o leer? _____ ¿Te da picazón? _____

¿Tienes alguna alergia o sensibilidad a alguna comida u otra cosa? _____

¿Hay algo más que te duele?: _____

Lo que desayuno: _____

Lo que almuerzo: _____



Historia Médica de Niños

Lo que ceno: _____

Lo que como para merendar: _____

Lo que bebo: _____

Las comidas que me gustaría comer más a menudo: _____

Las comidas que jamás quisiera volver a probar: _____

Lo que me gustaría aprender de mi cuerpo y de la comida: _____

¿Hay algo más que quisieras comentar? _____
