

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Persona que completa este reporte: _____

Parentesco con el niño: _____

Accidentes: ¿Ha estado su niño alguna vez en un accidente automovilístico? ¿Ha estado a punto de ahogarse o sofocarse? ¿Ha dejado de respirar por un minuto o más? ¿Ha sufrido algún golpe a la cabeza? Sí _____ No _____

Caídas: ¿Ha caído su niño alguna vez de una altura mayor a 18 pulgadas (por ejemplo, caído por las escaleras, caído de una mesa para cambio de pañal, caído de juegos infantiles, caído mientras escalaba o caído mientras conducía triciclo/bicicleta/patín) y/o cayó sobre un objeto con el consecuente golpe a la cabeza? Sí _____ No _____

Sala de emergencia: ¿Alguna vez ha ido su niño el consultorio de un doctor o la sala de emergencia del hospital debido a la pérdida de conocimiento o por un golpe a la cabeza? Sí _____ No _____

Síntomas o enfermedad: ¿Alguna vez ha tenido su niño una convulsión o una pérdida del conocimiento? Sí _____ No _____

Si la respuesta ha sido **Sí** a cualquiera de las preguntas anteriores, describa cuándo y qué sucedió. Incluya cómo ocurrió y qué tan severo fue el golpe a la cabeza.

Cambios: Marque cualquier cambio que usted notó en el niño después del incidente descrito.

Marque todos los que correspondan	Número de minutos	Número de horas	Número de días	Número de semanas	Tiempos mayores
Fuerza disminuida					
Capacidad disminuida de succionar/tragar					
Capacidad disminuida de sonreír/vocalizar					
Disminuida tolerancia a la luz					
Frotamiento frecuente de los ojos					
Irritabilidad extrema/aumento de llanto					
Hinchazón del punto blando					
Parece aturdido o confuso					
Pérdida del conocimiento					
Coordinación o equilibrio disminuidos					
Habilidad disminuida para levantar o sostener la cabeza					

Cambios: Marque cualquier cambio que usted notó en el niño después del incidente descrito.

Marque todos los que correspondan	Número de minutos	Número de horas	Número de días	Número de semanas	Tiempos mayores
Lenguaje/comunicación disminuidos					
Apetito disminuido					
Capacidad disminuida para enfocar los ojos					
Tamaño desigual de las pupilas de los ojos					
Cambios en el sueño					
Se comporta como si le doliera la cabeza (jaqueca)					
Vómito					
Náuseas					