

## PEDIATRIC HISTORY FORM FORMULARIO DEL HISTORIAL PEDIÁTRICO

Date form filled out/Fecha de este formulario: \_\_\_\_\_  
 Child's Name/Nombre del niño \_\_\_\_\_ Birthdate/fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Age/edad \_\_\_\_\_

### BIRTH HISTORY / HISTORIA DEL NACIMIENTO

Birth Weight / Peso al nacer \_\_\_\_\_  
 Birth Length / ¿Cuánto midió al nacer? \_\_\_\_\_  
 Birthplace / Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Describe / Explique \_\_\_\_\_  
 Was pregnancy normal / ¿Fue el embarazo normal?.....  No  Yes / Sí \_\_\_\_\_  
 Was baby full term / ¿Nació el bebé al término de nueve meses?  No  Yes / Sí \_\_\_\_\_  
 Was delivery normal / ¿Fue un parto normal?.....  No  Yes / Sí \_\_\_\_\_  
 Any nursery problems / ¿Tuvo algún problema de recién nacido?  No  Yes / Sí \_\_\_\_\_  
 Ethnicity/Race / Etnicidad/Raza  American Indian / Indio Americano  Asian / Asiático  Pacific Islander / De las Islas Pacíficas  
 Black / Afro Americano  Hispanic / Hispano  White /Americano  Other / Otro

### GROWTH AND DEVELOPMENT / CRECIMIENTO Y DESARROLLO

#### DIET / DIETA:

Use special diets / ¿Usa dietas especiales?.....  No  Yes / Sí  
 Taking fluoride / ¿Está tomando Fluoruro?.....  No  Yes / Sí

#### AGE WHEN FIRST / EDAD CUANDO PRIMERO:

Age / Edad	Age / Edad
Roller / Se dio vueltas..... _____	Said First Word / Dijo su primera palabra... _____
Sat / Se Sentó..... _____	Walked / Caminó..... _____
Crawled / Gateo..... _____	Put words together / Unió palabras..... _____
Teeth / Primer Diente..... _____	Toilet Trained / Aprendió a usar el baño.... _____
Discontinued bottle / Dejó la botella..... _____	

#### SCHOOL HISTORY/HISTORIA ESCOLAR

Year in school / Año en la escuela \_\_\_\_\_  
 School Report Card / Boleta de calificaciones  Good / Bien  Average / Más o menos  Poor / Mal  
 School name / Nombre de la escuela \_\_\_\_\_  
 Attends special school or classes /  
 ¿Asiste a una escuela o clases especiales?  No  Yes / Sí

### PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MÉDICO PASADO

Medications (Does your child take any medication?) / Medicinas (¿Toma su niño[a] algún medicamento?)  No  Yes / Sí If so, what kind / ¿Si así es, que tipo? Explain / Explicación \_\_\_\_\_  
 Allergic Reactions [Drugs, Asthma, Hives, Eczema, Hay Fever] / Reacciones Alérgicas [Drogas, Asma, Ronchas, Eczema, Fiebre del heno]  No  Yes / Sí \_\_\_\_\_  
 Hospitalizations / Hospitalizaciones / When, Where, Why / ¿Cuándo, Dónde, Por qué?  No  Yes / Sí \_\_\_\_\_  
 Surgery / Operaciones  No  Yes / Sí \_\_\_\_\_

#### ANY PROBLEMS WITH: / ALGÚN PROBLEMA CON:

Seizures / Convulsiones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Diabetes / Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Asthma / Asma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Hay Fever / Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Heart Disease / Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Eczema / Eczema	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Ulcers / Úlceras	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Cancer / Cáncer	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Bed-Wetting / Moja la cama	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Speech-Hearing Problems / Problemas de language o de audición	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____

#### ANY BEHAVIORAL PROBLEMS: / ALGÚN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO:

Rebellious / Rebeldía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Difficulty concentrating / Dificultades de concentración	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Cries easily / Lloro fácilmente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Fearful / Es temeroso[a]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
School Problems / Problemas en la escuela	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Other / Otro:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____

**Continued on back side of form/ Continúa en la parte de atrás de la forma**

**CONTAGIOUS DISEASES [WHAT AGE]? / ENFERMEDADES CONTAGIOSAS ¿[A QUÉ EDAD]?**

Measles/ Sarampión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Chickenpox / Viruela	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Mumps / Paperas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Scarlet Fever / Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Any other / ¿Alguna otra?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____

**GENERAL SURVEY / ESTUDIO GENERAL**

Has your child had any unusual problems with the following / ¿Ha tenido su niño(a) algunos problemas no comunes con los siguientes?:

Eyes, Ears, Nose, Throat / Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Heart/Lungs/ Corazón/Pulmones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Hay Fever / Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Stomach/Intestines / Estómago/Intestinos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Kidney/Bladder / Riñones/Vejiga	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Blood / Sangre	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Immune System / Sistema Inmunológico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Bones/Muscles / Huesos/Músculos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Tooth Decay / Caries dentales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____

Explain any YES answers / Explique cualquier respuesta que fue Sí

**FAMILY HISTORY / HISTORIAL FAMILIAR**

	<u>Living / ¿Viven?</u>	<u>Agess Now / Edades Actuales</u>	<u>Health / Salud</u>
Child's Father / Padre del niño[a]	_____	_____	_____
Child's Mother / Madre del niño[a]	_____	_____	_____
Brothers/Sisters of child / Hermanos[as] del paciente	How many? / ¿Cuántos? _____	_____	_____
Do child's parents live together / ¿Viven juntos los padres del niño[a]?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	
Are there any smokers in the home / ¿Hay fumadores en la casa?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	
Any Family history of / Algún miembro de la familia padece de:			<u>Who/¿Quién?:</u>
Allergies / Alergias	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Cancer / Cáncer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Heart Disease / Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Asthma / Asma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____
Other / Otras:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	_____

How long has your family lived in this area?  
/¿Cuánto tiempo ha vivido su familia en esta área? \_\_\_\_\_

Where did you live before coming to this area? /  
¿Dónde vivía antes de moverse a esta área? \_\_\_\_\_

Any special comments about your child /  
¿Algún comentario especial acerca de su niño[a]? \_\_\_\_\_

Your child's last Doctor was /  
¿Quién fue el último médico de su niño[a]? \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE / FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN : \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

CHART#: \_\_\_\_\_

PROVIDER SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_