

Health History (Historia de salud)



Name of Patient

Female/ Femenino

Male/Masculino

Date of Birth	Name of person completing form	Relationship
Fecha de Nac: _____	Completado por _____	Relación _____

Please list all People in your household (Por favor liste todas las personas en su hogar)

Name	DOB	Relationship to Pt
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion con Pte
Father/Padre		
Mother/Madre		
Other/Otro		
Other/Otro		
Other/Otro		
Other/Otro		

Have there recently been any major changes or stresses in your child’s life?

¿Ha habido recientemente algún cambio o estrés importante en la vida de su hijo? Yes (Sí) No

If yes, please explain (En caso afirmativo, explíquelo porfavor): _____

Does the child regularly go to a baby-sitter, pre-school, or day care?

¿El niño va regularmente a una niñera, preescolar o guardería? Yes (Sí) No

Is your child exposed to cigarette smoke?

¿Está su hijo expuesto al humo del cigarrillo? Yes (Sí) No

Is there a gun or weapon in the home?

¿Hay una pistola o arma en la casa? Yes (Sí) No Locked/Bloqueado

Is there a pool on your property?

¿Hay una piscina en su propiedad? Yes (Sí) No

Are there any pets in the home?

¿Hay mascotas en la casa? Yes (Sí) No

Does your child use a car seat?

¿Su hijo usa un asiento de carro? Yes (Sí) No

Does your child have any current legal involvement?

¿Su hijo tiene alguna participación legal actual? Yes (Sí) No

When was your child’s last primary care visit?

¿Cuándo fue la última visita de atención primaria de su hijo?

Name of physician or practice: _____

Nombre del médico o consultorio:

Has your child been seen by a dentist? Yes (Sí) No

¿Su dentista ha visto a su hijo?

Last Visit (Approx)

Última visita (Aprox.)

Birth History (Historia de nacimiento)

Birth Weight _____ Length _____ Place _____
Peso de Nacimiento: _____ Longitud: _____ Lugar: _____
During Pregnancy did the mother: (If yes, please explain)
Durante el embarazo la madre tuvo: (En caso afirmativo, explíquelo por favor)

Have any Medical Problems (Tuvo algún problema medico) Yes (Sí) No _____
Smoke or Drink (Fumo o bebio) Yes (Sí) No _____
Use any Medications (Uso algun medicamento) Yes (Sí) No _____
Use Alcohol or Drugs (Uso alcohol o drogas) Yes (Sí) No _____
Have Problems with Labor/Delivery (Tuvo problemas con el parto) Yes (Sí) No _____

Development (Desarrollo)

Do you have any concerns about your child's development?

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? Yes (Sí) No

Do you have any concerns with the following? Behavior/ Comportamiento Eating Habits/Alimenticios
Tiene usted alguna preocupacion con lo siguiente?: Sleeping Habits/Hábitos de sueño
 School/Escuela Bathroom Habits/ Hábitos de baño
 Other/ Otro _____

Regarding Immunization/Vaccines, is your child: Up-to-Date/ Al Corriente Delayed/ Retrasado
En cuanto a Inmunización / Vacunas, es su hijo: Have Concerns with Vaccines/ Tiene preocupaciones con las vacunas
 Unsure/Inseguro

Family History (Historia familiar)

Have any of the Child's brothers and sisters died? If Yes, please give age and cause:

¿Ha muerto alguno de los hermanos y hermanas del Niño? En caso afirmativo, indique la edad y la causa: Yes (Sí) No

Have any of the child's blood relatives had the following diseases: (If yes, please list family member)

Durante el embarazo tuvo la madre: (En caso afirmativo, explíquelo por favor)

Heart Disease (Enfermedad del corazón) Yes (Sí) No _____
Tuberculosis (Tuberculosis) Yes (Sí) No _____
High Blood Pressure (Alta presión sanguínea) Yes (Sí) No _____
Kidney Disease (Enfermedad del riñón) Yes (Sí) No _____
Allergies/Asthma (Alergias / Asma) Yes (Sí) No _____
Cancer (Cáncer) Yes (Sí) No _____
Diabetes (Diabetes) Yes (Sí) No _____
Mental/Emotional Problems (Problemas mentales / emocionales) Yes (Sí) No _____
Blood Disorders (Trastornos de la sangre) Yes (Sí) No _____
Seizures (Convulsiones) Yes (Sí) No _____
Drug/Alcohol Problems (Problemas de drogas / alcohol) Yes (Sí) No _____
High Cholesterol (Colesterol alto) Yes (Sí) No _____
Stroke (Embolia) Yes (Sí) No _____
Autoimmune Disease (Enfermedad autoinmune) Yes (Sí) No _____
Anxiety/Depression (Ansiedad / Depresión) Yes (Sí) No _____
Other (Otro) Yes (Sí) No _____
Other (Otro) Yes (Sí) No _____

Past Medical History (Historia Medica Pasada)

Is your child's general health:

¿Es la salud general de su hijo?:

Good/Buena

Fair/Moderada

Poor/Escasa

Does the child have any allergies?

Yes (Sí) No _____

¿Tiene el niño alguna alergia?

Is the child taking any medications?

Yes (Sí) No _____

¿Está el niño tomando algún medicamento?

Medication/ Medicación	Prescribed For Prescrito para	Prescription Date Fecha de prescripción	Prescribed By Prescrito por

Please list any hospitalizations, operations, serious illnesses, or accidents:

Por favor indique cualquier hospitalización, operación, enfermedad grave o accidente:

Incident/Incidente	Date/Fecha

Has your child had any problems with the following? Please Explain:

¿Ha tenido su hijo algún problema con lo siguiente? Por favor explique:

Eyes/Vision Yes (Sí) No _____

Ojo/Vision

Feet Yes (Sí) No _____

Los pies

Digestion/Nutrition Yes (Sí) No _____

Digestión / Nutrición

Ears/Hearing Yes (Sí) No _____

Oidos/ Audicion

Urine/Kidney Yes (Sí) No _____

Orina / riñón

Infections Yes (Sí) No _____

Infecciones

Skin Yes (Sí) No _____

Piel

Lungs Yes (Sí) No _____

Livianos

Teeth Yes (Sí) No _____

Dientes

Heart Yes (Sí) No _____

Corazón

Seizures Yes (Sí) No _____

Convulsiones

Joints Yes (Sí) No _____

Articulaciones

Is your child currently seeing any specialists: (Example: pulmonologist, behavioral health, nutritionist, ect...)

¿Su hijo está viendo algún especialista actualmente? (Ejemplo: neumólogo, salud del comportamiento, nutricionista, etc.)

Practice name/Provider _____

Nombre de la práctica / Proveedor

Practice name/Provider _____

Practice name/Provider _____

Last Visit _____

Última visita

Last Visit _____

Last Visit _____

To be Completed by Teenage Patients (Para ser completado por pacientes adolescentes)

Do you? Usted ?

Use Tobacco/Usa Tabaco

Yes (Sí) No

Drink Beer or Alcohol/Toma Cerveza o Alcohol

Yes (Sí) No

Use any kind of Drugs/Consume algun tipo de drogas

Yes (Sí) No

Do you have concerns about any of the following?

Yes (Sí) No

Le preocupa algo de lo siguiente?

Yes (Sí) No

Safety Issues? Problemas de seguridad ?

Yes (Sí) No

Substance use in family ? Abuso de sustancias en la familia?

Yes (Sí) No

Sexually Transmitted Diseases? Enfermedades transmitidas sexualmente ?

Yes (Sí) No

Family Planning? Planificacion familiar?

(Para Mujeres)

How old were you when you had your first period?

Yes (Sí) No

Que edad tenia cuando tuvo su primera menstruacion?

Are you sexually active?

Yes (Sí) No

Tiene actividad sexual?

Are you using any form of birth control?

Yes (Sí) No

Esta usando alguna forma de anticonceptivo

Have you ever been pregnant?

Yes (Sí) No

Alguna vez has estado embarazada?