

## Health History (Historia de salud)



Name of Patient

☐ Female/ Femenino

☐ Male/Masculino

Date of Birth

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Name of person completing form

Completado por \_\_\_\_\_

Relationship

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?

Tiene usted alguna preocupacion con lo siguiente?:

☐ Behavior/ Comportamiento

☐ Eating Habits/Alimenticios

☐ 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 presion sanguinea)

☐ Yes (Sí) ☐ No \_\_\_\_\_

Kidney Disease (Enfermedad del riñon)

☐ 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 autoimmune)

☐ 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<br>Prescrito para | Prescription Date<br>Fecha de prescripción | Prescribed By<br>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 \_\_\_\_\_

Oídos/ Audición

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 \_\_\_\_\_