



This is a health questionnaire regarding your child. Please complete this form and bring it with you at the time of your appointment. (Este es un cuestionario sobre la salud de su hijo. Por favor, llenarlo y traerlo con usted en el día de su cita.)

Date (Fecha): _____

Demographics

Patient's Name (Nombre del Paciente): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

Father's Name (Nombre del Padre): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

Mother's Name (Nombre de la Madre): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

Legal Guardian (Tutor legal): _____

Home Address (Domicilio): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código Postal): _____

Home Phone (Teléfono): _____ Cell Phone (celular): _____

Work Phone (Teléfono de trabajo): _____ Alternate Phone (Teléfono alternativo): _____

Where can we leave a phone message for you? (¿Dónde podemos dejar un mensaje telefónico para usted?)

Home Phone (Teléfono) Cell Phone (celular) Work Phone (Teléfono de trabajo) Alternate Phone (Teléfono alternativo)

Preferred Pharmacy (farmacia preferida)

Pharmacy Address or cross streets (Domicilio o cruces de calles): _____

Pharmacy City (Ciudad de farmacia): _____

Who does the child live with? (¿Con quién vive el niño?)

- Both parents (Ambos padres) Mother (Madre) Father (Padre) Grandparent(s) (Abuelo(s))
 Other (Otro) _____

Children in the Family (Niños en La Familia):

Name (Nombre)	Date of Birth (Fecha De Nacimiento)	State of Health (Estado de Salud)

Safety Screening (Antecedentes de seguridad)

Does your child use age appropriate car seat, booster, or seatbelt when traveling in a motor vehicle? Yes No
 (¿Utiliza su hijo un asiento de seguridad apropiado para su edad mientras viaja en un vehículo de motor? Sí No)

Number of smokers in the home: _____ If yes, is there smoking inside the house/car? Yes No
 (Número de fumadores en el hogar: _____ En caso afirmativo, fuman dentro de la casa/coche? Sí No)

How many pets are in the home? _____ Kinds of pets: _____
 (¿Cuántas mascotas hay en el hogar? _____ Tipo de mascotas : _____)

Are guns kept in the home? Yes No If yes, are they in locked storage? Yes No
 (¿Mantiene armas en el hogar? Sí No En caso afirmativo, se encuentran en un lugar bajo llave? Sí No)

Are there swimming pools or other water dangers in or around your home? Yes No
 (Hay piscinas o otro tipo de peligro en relación con el agua dentro o alrededor de su casa? Yes No

Prenatal History (Historial prenatal)

1. While pregnant did the mother have any of the problems below? Check all that apply. (¿Tuvo la madre alguno de los problemas listados abajo durante el embarazo? Marque todos los que apliquen)

- High Blood Pressure (Presión arterial alta)
- Gestational Diabetes (Diabetes Gestacional)
- German Measles (Rubeola) (Sarampión Alemán)
- Premature labor (Parto prematuro)
- Illness other than cold or flu (otra enfermedad que no sea resfriado o gripe)
- Other (Otro) _____

2. Were medications / herbs taken during pregnancy? (Tomó medicamentos / hierbas durante el embarazo?)
 If yes, what kind? (En caso afirmativo, ¿Qué tipo?): _____

3. Was mother using any of the following substances during pregnancy? Check all that apply. (¿Usó la madre cualquiera de las siguientes sustancias durante el embarazo? Marque todas las que aplican)

- Tobacco (Tabaco)
- Alcohol (Alcohol)

Illicit drugs (heroin, amphetamines, cocaine, marijuana, etc.) (Drogas ilegales (heroína, anfetaminas, cocaína, marihuana, etc.))

Birth History (Historial de nacimiento)

1. Where was the baby born? (¿Dónde nació el bebé?) _____
 Premature (born less than 38 weeks) (prematuro (nacimiento antes de la semana 38))
 Overdue (born after 42 weeks) (atrasados (nacido después de la semana 42))
 _____ weeks (semanas)
2. What was the method for delivery? (¿Cuál fue el método de parto?)
 Vaginal (Vaginal) Cesarean (C-section) (por cesárea)
 Breech (nacimiento de nalgas) Reason for C-section (Motivo de lacesárea): _____
3. Birth weight of baby (Peso del bebé al nacer): _____ lbs _____ oz
4. Apgar Scores, if known (Puntuación de de Apgar, si se conoce): _____ @ 1 min _____ @ 5 min
5. Did baby pass Newborn Hearing Screen? (¿El bebé pasó el examen auditivo al nacer?)
 Yes (sí) No (no) Don't Know (no sé)
6. During the hospital stay, did baby have any of the following? Check all that apply. (Durante la hospitalización ¿el bebé padeció alguna de las siguientes? Marque todas las que aplican.)
 Low blood sugar (bajo nivel de azúcar en la sangre)
 Difficulty Breathing (dificultad para respirar)
 Jaundice (Ictericia)
 NICU Admission (Admisión a la Unidad de Cuidado Intensivo Natal) Reason (Razón) _____

Hospitalizations (Hospitalizaciones)

Dates (fechas)	Reason (Razón)	Hospital (Hospital)

Surgeries (Cirugías)

Dates (fechas)	Surgery (Cirugía)	Hospital (Hospital)

Allergies (Alergias)

Has your child had any reaction to any drugs? Yes No If yes, please list below:
 (¿Ha tenido su niño alguna reacción a medicamento o alimentos? Sí No En caso afirmativo, indique a continuación)

Medication/food/substance (Medicamento / comidas / sustancia)	Reaction (Reacción)

Medications (Medicamentos)

Is your child currently taking any medication, vitamins, or herbs? Yes No If Yes, please list below:
 (¿Está su hijo actualmente tomando cualquier medicamento, vitaminas o hierbas? Si No En caso afirmativo, indique)

Medication (Medicamentos)	Strength/Dose (Concentración / Dosis)	How often (Frecuencia)

Screening (Análisis de antecedentes):

When was your child's last Dental exam? (¿Cuándo fue la última revisión dental de su hijo?): _____

When was your child's last Vision screening / Eye exam?
 (¿Cuándo fue la última revisión de la vista / examen de la vista?): _____

Does your child... (Su hijo ...)	Yes (Sí)	No (No)	Details (Detalles)
Have Vision Problems (tiene problemas de la vista)			
Need glasses / contacts (necesita lentes / contactos)			Age started wearing _____
Have Crossed Eyes (tiene estrabismo)			
Ears (Orejas)			
Have Hearing problems (tiene problemas para escuchar)			
Have Three or more ear infections in one year (ha tenido tres o más infecciones del oído en un año)			
Heart (Corazón)			

Have History of heart murmur (tiene historial de soplo en el corazón)			
Have High blood pressure (tiene presión arterial alta)			
Have a Heart defect (Tienen un defecto del corazón)			

Past Medical History: Has your child had the following diseases?
(Historial Médico: ¿Ha tenido su hijo los siguientes padasimientos?)

Disease (Enfermedad)	Yes (Sí)	No (No)	Age of Onset (edad de inicio)	Details (detalles)
Asthma/Reactive airway Disease (el asma)				
Chicken pox (La varicela)				
Measles (Rubéola) (Sarampión (Rubéola))				
German Measles (Rubéola) Sarampión (Rubéola)				
Mumps (Paperas)				
Meningitis (Meningitis)				
Seizure/Convulsions (Convulsiones)				
Fracture (broken bones) (huesos rotos)				
High lead level or Poison Ingestion (Alto nivel de plomo o ingestión de veneno)				
Blood Transfusions (transfusiones de sangre)				
Blood: anemia (iron deficiency, Sickle Cell, Thalassemia) (De la sangre: anemia (deficiencia de hierro, anemia falciforme, talasemia))				
Psychiatric Problems (Problemas psiquiátricos)				
Developmental Delay (Retraso en el desarrollo)				
Learning Disability (Problemas de Aprendizaje)				
ADHD/Behavior problems (TDAH / problemas de conducta)				

Other serious Medical Conditions (Otras condiciones médicas graves)				
--	--	--	--	--

Family History: Is there a family history of? (Historial Familiar: ¿Hay un historial familiar de?)

Disease (Enfermedades)	Yes (Si)	No (No)	Relatives with disease (Los familiares con la enfermedad)
Tuberculosis (Tuberculosis)			
Diabetes (Diabetes)			
Asthma (Asma)			
Allergies / Hay Fever (Alergias / rinitis alergica)			
Heart Problems (Problemas del corazón)			
High Cholesterol (Colesterol Alto)			
Eczema (Eczema)			
Seizures/Convulsions (Ataques / Convulsiones)			
Hepatitis (Hepatitis)			
Psychiatric Problems (Depression /Anxiety) (Problemas psiquiatricos (depresión, ansiedad))			
Birth/Genetic Defects (Nacimiento / defectos geneticos)			
Bleeding Disorder (Trastomo de sangrado)			
Cancer, if yes what type? (Cancer, en caso afumativo de que tipo?)			
Other (Otro)			

Name of person completing this form. (Nombre de la persona que lleno este formulario): _____

Signature of person completing form (Firma de la persona que lleno el formulario): _____

Date Form Completed (Fecha en que se completó el formulario): _____