

PATIENT HISTORY FORM
HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Person Completing Form (Persona completando la forma): _____

Date (Fecha): _____ **Child's Name** (Nombre del niño(a)): _____

DOB (Fecha de nacimiento): _____

CHILD'S HISTORY (HISTORIA MEDICA DEL NIÑO(A)):

Describe your child's health (Describe la salud en general del niño(a)):

Birth Weight (Peso al nacimiento): _____

Complications at Birth? (Complicaciones durante el parto?): _____

Current Medications (Medicamentos en el presente): _____

Drug Allergies (Alergias a drogas): _____

Hospitalizations and Surgery (Hospitalizaciones y Cirugías):

Extended Illnesses (Enfermedades crónicas):

Significant injuries (Accidentes o trauma de importancia):

Chicken Pox? (Varicela?): Yes (Sí) No (No?)

Immunization Current? (Inmunizaciones al día?) Yes (Sí) No (No?)

Describe your child's growth (Describe el crecimiento de su niño(a)):

Describe your child's development (Describe el desarrollo de su niño(a)):

Describe the temperament of your child (Describe el temperamento de su niño(a)):

Current School (Escuela actual): _____ **Current Grade** (Calificaciones recientes): _____

Educational and Academic History (Historia académica y educacional):

Reviewed (Revisado):

Date (Fecha):

Person Completing Form (Persona completando la forma): _____
Date (Fecha): _____ Child's Name (Nombre del niño(a)): _____
DOB (Fecha de nacimiento): _____

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL):

Mother's Name (Nombre de la Madre): _____
Occupation (Ocupacion): _____
DOB (Fecha de Nacimiento): _____

Father's Name (Nombre del Padre): _____
Occupation (Ocupacion): _____
DOB (Fecha de Nacimiento): _____

Siblings (Hermanos(as)):
Name (Nombre): _____ DOB (Fecha de Nacimiento): _____
Name (Nombre): _____ DOB (Fecha de Nacimiento): _____
Name (Nombre): _____ DOB (Fecha de Nacimiento): _____

Marital Status of Parents (Estado Marital de los Padres): _____

Child lives with (Niño(a) vive con): _____

Are there any family circumstances we should know about? (Existe alguna situación familiar que nosotros deberíamos de saber?):

Smokers in house? (Alguien fuma en la casa?): Yes (Si?) No (No?) Who? (Quién?):

Firearms in house? (Armas en la casa?): Yes (Si?) No (No?)

Smoke detectors in the house? (Detectores de humo/fuego en la casa?): Yes (Si?) No (No?)

Pets (Describe) (Mascotas-Describe): _____

Religious Preference (Preferencia Religiosa): _____

Por favor describa cualquier medica en su familia. Incluya a los padres del niño(a), hermanos(as), abuelos (maternos y paternos), tios y tias. (Chequee la condicion medica e identifique quien la sufre en el espacio en blanco):

Problemas No Problemas

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | General (Enfermedades Inexplicables, Fiebres Inexplicables, Perdida De Peso Inexplicable, Cancer, Leucemia, Colesterol Alto)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ojos (Cataratas, Desviacion De Los Ojos-bizco)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oidos, Nariz, Boca, Y Garaganta (Infecciones Cronicas Del Oido O Sinusitis)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corazon Y Circulacon (Agujero En El Corazon, Soplo O Murruro, Presion Alta, Ataque Cardiaco)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiracion I Enfermedad De Los Pulmones (Asma, Bronquitis, CF O Otro Tipo De Enfermedad En Los Pulmones)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estornago, Sistema Digéstitivo/Intestinal (Diarrea Cronica, Constipacion, Digestion, Ulcera, Problemas Intestinales)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conjunturas, Musculos, Extremidades
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piel
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sistema Neurológico (ADAD, LD, Retardacion Mental, Cerbral Pálsy, Epilepsia, Derrame Cerebral, Alzheimer's)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salud Psicologica Y Mental (Depression O Ansiedad)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Endocrino (Problemas Glandulares-Hormonas, Diabetes, Enfermedad De La Tiroide)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad De La Sangre (SCA, Anemia-Sickle Trait)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Immunologia (Alergias Cronicas, Sistema Inmune Debil)
Quien?: _____ Que?: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vejiaga Y Rinones (Infecciones Cronicas De La Vejuga, Enfermedad Renal)
Quien?: _____ Que?: _____ |

First Time Provider Reviewed (Primera vez revisado por el provisionador): _____

Date (Fecha): _____

Reviewed (Revisado): _____

REVIEW OF SYSTEMS (CHEQUEO DE SISTEMAS):

Please check if your child has any problems in the following body systems:

Problems No Problems

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constitutional (Unexplained ill feelings, unexplained fevers, unexplained weight loss, Cancer, Leukemia, High Cholesterol)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eyes (Cataracts, Cross Eyes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ears, Nose, Mouth and Throat (Chronic Ear or Sinus Infections)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart or Blood Vessels (Hole in Heart, Mumor, High Blood Pressure, Heart Attack)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Breathing or Lung Disease (Asthma, Bronchitis, CF, Other Lung Disease)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach, Intestinal Tract (Chronic Diarrhea, Constipation, Digestion, Ulcer, Intestinal or Bowel Problems)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joints, Muscles, Extremities
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological System (ADAD, LD, Mental Retardation, CP, Seizures, Strokes, Alzheimer's)-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychological or Mental Health (Depression or Anxiety)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrine (Glandular Problems, Diabetes, Thyroid Disease)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood Pressure (SCA, Sickle Trait)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunology (Chronic Allergies, Weak Immune System)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bladder & Kidney (Chronic Bladder Infections, Kidney Failure)

Por favor cheque si su niño(a) ha tenido cualquier problema en los siguientes sistemas del cuerpo:

Problemas No Problemas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	General (Enfermedades Inexplicables, Fiebres Inexplicables, Perdida De Peso Inexplicable, Cancer, Leucemia, Colesterol Alto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos (Cataratas, Desviación De Los Ojos-bizco)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oidos, Nariz, Boca, Y Garaganta (Infecciones Cronicas Del Oido O Sinusitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazon Y Circulacon (Agujero En El Corazon, Soplo O Mumor, Presion Alta, Ataque Cardiaco)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiracion I Enfermedad De Los Pulmones (Asma, Bronquitis, CF O Otro Tipo De Enfermedad En Los Pulmones)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estomago, Sistema Digestivo/Intestinal (Diarrea Cronica, Constipacion, Digestion, Ulcera, Problemas Intestinales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conjunturas, Musculos, Extremidades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Neurologico (ADAD, LD, Retardacion Mental, Cerbral Palsy, Epilepsia, Derrame Cerebral, Alzheimer's)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud Psycologica Y Mental (Depression O Ansiedad)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrino (Problemas Glandulares-Hormonas, Diabetis, Enfermedad De La Tiroide)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad De La Sangre (SCA, Anemia-Sickle Trait)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunologia (Alergias Cronicas, Sistema Inmune Debil)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vejiga Y Rinones (Infecciones Cronicas De La Vejuga, Enfermedad Renal)

First Time Provider Reviewed (Primera vez revisado por el provisionador): _____

Date (Fecha): _____

Reviewed (Revisado): _____

