

Date / Fecha: _____

BIRTH HISTORY AND PAST MEDICAL HISTORY / Nacimiento e Historia Médica

Patient Name / Nombre Del Paciente: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Completed by / Completado Por: _____ Relationship / Relacion: _____

Previous Doctor: _____

BIRTH HISTORY / Historia del Nacimiento

PREGNANCY / Embarazo

Medical Problems / Problemas Medicos? Yes / Si No

Obstetrician / Obstreta Ginecologo _____ Hospital _____

DELIVERY / Parto

Normal / Normal Prolonged / Prolongado Difficult / Dificil Vaginal / Vaginal C/Section / Cesarea

Breech / De Pies VBAC / Vaginal despues de una previa cesarea Other / Otro

NEWBORN / Recien Nacido

Full Term / Tiempo Completo Premature / Prematuro No. of weeks / No. semanas _____

Date of Birth / Fecha Nacimiento _____ Time of Birth / Hora _____ Birth Wt. / Peso _____

LEAVING HOSPITAL / Salida Del Hospital

Disch. Date / Fecha _____ Disch. Wt. / Peso _____ Problems in Nursery? / Problemas en "Nursery" Yes / Si o No

Grp. B Strep / Grp B Strep Jaundice / Ictericia Other / Otro

PKU before disch.? / PKU antes de salir Yes / Si No Date / Fecha _____ Time / Hora _____

Feeding / Alimentacion: Breast / Materna Formula / Formula

PAST MEDICAL HISTORY / Historia Medica (Pasada)

HOSPITALIZATIONS / Hospitalizaciones Yes / Si No

Date / Fecha: _____ Reason / Razon: _____ Hospital: _____

Date / Fecha: _____ Reason / Razon: _____ Hospital: _____

SURGERY / Cirugias Yes / Si No

Date / Fecha: _____ Age / Edad: _____ Reason / Razon: _____

Hosp./Outpatient Ctr / Hospital/Ambulatorio _____

Date / Fecha: _____ Age / Edad: _____ Reason / Razon: _____

Hosp./Outpatient Ctr / Hospital/Ambulatorio _____

SIGNIFICANT ILLNESSES / Enfermedades

(not requiring hospitalization) / (no hospitalizacion requerida) Yes / Si No

ALLERGIES / Alergias

Medication / Medicamentos Yes / Si No _____ Other / Otro Yes / Si No _____

IMMUNIZATION / Vacunas

Up to date / Al Dia Delayed / Atrasadas Unknown / Desconoce

USE OF / Uso De:

Alcohol / Alcohol Yes / Si No Tobacco / Fuma Yes / Si No Drugs / Drogas Yes / Si No

Sexually Active / Sexualmente Activo Yes / Si No Blood Transfusions / Transfuciones de Sangre Yes / Si No

(OVER PLEASE)

Office Use Only

UPDATES Date _____ Event _____ Init/Date _____

 Date _____ Event _____ Init/Date _____

REVIEWED BY _____ **M.D./D.O./P.A./ARNP** **Date** _____

REVIEW OF SYSTEMS AND SOCIAL HISTORY / Repaso Sistemas E Historia Social**REVIEW OF SYSTEMS / Sistemas**

Please check each item "yes" or "no" as it relates to your child's health

Marque Si o No en todos los que apliquen a su niño

<u>CONSTITUTIONAL</u> <i>General</i>	YES NO <i>Si No</i>	<u>CARDIOVASCULAR</u> <i>Cardiovascular</i>	YES NO <i>Si No</i>		YES NO <i>Si No</i>	<u>NEUROLOGICAL</u> <i>Neurologico</i>	YES NO <i>Si No</i>
Fatigue <i>Fatiga</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Murmur <i>Soplo</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blood in Urine <i>Sangre en la Orina</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Seizures <i>Convulsiones</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Unexplained Fevers <i>Fiebre Inexplicada</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	High Cholesterol <i>Colesterol Alto</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bed Wetting <i>Incontinencia Nocturna</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weakness/Paralysis <i>Debilidad o Paralisis</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>EYES</u> <i>Ojos</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Other <i>Otro Problema</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abnormal Discharge <i>Flujo Anormal</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Migraine <i>Migraña</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Glasses/Contacts <i>Lentes/Contactos</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>RESPIRATORY</u> <i>Respiratorio</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Age of 1st Period _____ <i>Edad Primera Menstruacion</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Recurrent Headaches <i>Dolores de Cabeza Frecuentes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conjunctivitis <i>Conjuntivitis</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chronic Cough <i>Tos Cronica</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>BLOOD/LYMPH</u> <i>Sangre/Glandulas</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>ALLERGIC/IMMUNOLOGIC</u> <i>Sistema Inmunologico</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Styes <i>Orsuelos</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wheezing <i>Sibilancia (Pito)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Easy Bruising <i>Sangra Facilmente</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hay Fever <i>Reaccion alergica al pasto</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>EAR, NOSE, THROAT</u> <i>Oido, Nariz, Garganta</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bronchitis <i>Bronquitis</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anemia <i>Anemia</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asthma <i>Asma</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Difficulty Hearing <i>Problemas de Audicion</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>GASTROINTESTINAL</u> <i>Gastrointestinal</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Large Lymph Nodes <i>Glandulas Engrandecidas</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Recurrent Hives <i>Urticaria</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frequent Infections <i>Infecciones Frecuentes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chronic Abdominal Pain <i>Dolor Abdominal Cronico</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>MUSCULOSKELETAL</u> <i>Sistema Muscular</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eczema <i>Eczema</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nasal Stuffiness <i>Congestion Nasal</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nausea/Vomiting <i>Nauseas/Vomitos</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Joint Pain/Swelling <i>Dolor o Hinchazon de Articulaciones</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>PSYCHIATRIC</u> <i>Siquiatrico</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Chronic Runny Nose <i>Catarro Cronico</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Constipation <i>Extreñimiento</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hip Problems <i>Problemas Caderas</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anxiety <i>Ansiedad</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose Bleeds <i>Sangrado de Nariz</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diarrhea <i>Diarrea</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Broken Bones <i>Huesos Rotos</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depression <i>Depresion</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sinus Trouble <i>Sinositis</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>GENITOURINARY</u> <i>Genital</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>SKIN</u> <i>Piel</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>DEVELOPMENTAL</u> <i>Desarrollo</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frequent Sore Throats <i>Dolor Garganta</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pain Urinating <i>Dolor al Orinar</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eczema <i>Eczema</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Speech Problems <i>Problemas al Hablar</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Large Tonsils <i>Amigdalas Engrandecidas</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Burning <i>Quemazon al Orinar</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Impetigo <i>Impetigo</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Behavior Problems <i>Problemas de Comportamiento</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Difficulty Urinating <i>Dificultad al Orinar</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Growth &/or Develop Problems <i>Problemas Crecimiento y Desarrollo</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SOCIAL HISTORY – Historia Social

Please check each item below as it applies to your child / Marque todos los que apliquen a su niño

SINGLE PARENT HOUSEHOLDPadre/Madre solteroYes / Si No Not applicable / No aplica **SPLIT CUSTODY**Custodia compartidaYes / Si No Not applicable / No aplica **WHO LIVES IN HOUSEHOLD WITH CHILD?**Quien vive con el niño/niña?Mother / Madre Father / Padre Siblings / Hermanos Others / Otros **LIVES IN**Vive enHouse / Casa Apt. / Apartamento Trailer / Casa Mobil Other / Otro **SMOKERS IN HOUSEHOLD**Fumadores en la casaYes / Si No **DAY CARE**Cuidado fuera de la casaPreschool / Escuela (pre-escolar) Home school / Enseñanza en la casa Traditionl School / Escuela tradicional

Grade / Grado _____

EXTRA CURRICULAR ACTIVITYOtras actividadesSports / Deportes Arts / Artes Crafts / Manualidades Other / Otros **CARETAKER SMOKES?**Otros?Yes / Si No