



PEDIATRIC HEALTH HISTORY FORM / FORMA DE SALUD PEDIATRICA HISTORIA

Patient Name (*Nombre de paciente*): _____

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): _____

Your answers on this form will help us better understand your medical concerns and conditions better. If you cannot remember specific details, please provide as much information as possible. Thank you!

Sus respuestas en este formulario nos ayudaran a entender mejor sus preocupaciones médicas y condiciones mejores. Si no puede recordar detalles específicos, por favor, proporcione tanta información sea posible. ¡Gracias!

Birth History (Historia de Nacimiento):

Birth Length (*Que largo nació*): _____ Birth Weight (*Cuanto peso*): _____

Birth Head Circumference (*Medida de cabeza*): _____ Discharge Weight (*Peso de alta*): _____

Gestational Age (*Edad gestacional*): _____ Delivery Type (*Tipo de parto*): _____

Hours of Labor (*Horas de parto*): _____ Feeding (*Comer*): Breast (*Pecho*) _____
Bottle (*Biberon*) _____ Both (*Los dos*) _____

Hospital Information (Informacion del Hospital):

Days in Hospital (*Dias en hospital*): _____ Name of Hospital (*Nombre de hospital*): _____

Location of Hospital (*Locacion de hospital*): _____

Hearing Screen (Examen de audicion): Pass (*pasar*) Fail (*No pasar*)

Newborn Screen (Deteccion medica) (PKU): #1 #2

Location of Newborn Screen (*Locacion de examen*): _____

Who lives in the home? (*Quien vive en casa*): _____

Allergies (*Allergias*): _____

CURRENT MEDICATIONS (ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS):

Medication (<i>Medicamento</i>)	Dose (<i>Cantidad</i>)	Frequency (<i>Frecuencia</i>)	Reason for taking medication (<i>Razón por tomando este medicamento</i>)

Pharmacy (*Farmacia*): _____ City (*Ciudad*): _____

Hospitalizations (*Hospitalizaciones*): No Yes (*Si*) _____

Surgery (*Cirugía/Operaciones*): No Yes (*Si*) _____

Serious Injury/Fractures (*Lesiones graves o fracturas*): _____

<p>Put an "X" in the box that matches the illness with the relative who has the illness.</p> <p><i>Marque "X" en donde aplica la enfermedad con el pariente.</i></p>	Patient (Paciente)	Mother (Madre)	Father (Padre)	Sister (Hermana)	Brother (Hermano)	Maternal Aunt (Tia Materna)	Maternal Uncle (Tio Materno)	Paternal Aunt (Tia Paternal)	Paternal Uncle (Tio Paternal)	Maternal Grandmother (Abuela Materna)	Maternal Grandfather (Abuelo Materno)	Paternal Grandmother (Abuela Paterna)	Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)
ADD/ADHD													
Allergic Rhinitis/Hay Fever (Alergias Rinitis)													
Anesthesia Problems (Problemas de anestesia)													
Asthma (Asma)													
Birth Defects (Nacieron con problemas genéticos o defectos)													
Cancer													
Clotting Disorder (Deordenes de coagulación)													
Congenital Heart Defect/ Born with Heart Defect (Nacieron con problemas de Corazón)													
Coronary Artery Disease [Before age 50] (Enfermedad del corazón [Antes de los 50])													
Depression (Depresión)													
Diabetes													
Drug Abuse (Abuso de drogas)													
Early Death (Muerte a temprana edad)													
Food Intolerance (Intolerancia de comidas)													
Hearing Loss (Perdida de oído audición)													
Hyperlipidemia [High Cholesterol] (Colesterol con necesidad tratamiento)													
Hypertension [High Blood Pressure] (Alta presión de sangre)													
Kidney Disease (Problemas con los riñones)													
Learning Disabilities (Dificultad de aprender)													
Mental Illness (Enfermedad de psiquiatría)													
Mental Retardation (Retardacion mental)													
Miscarriage/Stillborn (Aborto espontaneo o mortinato)													
Seizures (Convulsiones)													
Vision Loss (Pérdida de visión)													
Other (Otras): _____													

Comments (Comentarios):
