

Fecha de hoy: _____
-Today's Date

Name: _____
DOB: ____/____/____
MRN: _____ (or place label here)

Historial médico pediátrico

(Entre 0 y 11 años de edad) -Pediatric Medical History (Ages 0-11)

Por favor, llene este formulario sobre su hijo/a. Puede saltarse las preguntas cuya respuesta no conozca.
-Please complete this form about your child. You can skip the questions you don't know the answer to

Esta información nos ayudará a darle una mejor atención.
-This information will help us give you better care.

¿Necesita usted ayuda para llenar los formularios médicos? Sí No
-Do you need help filling out medical forms? -Yes -No

¿Cuál es la mejor forma para usted para recibir información? Información para lectura
-How do you learn best? -Reading information

Información para escuchar Imágenes Aprender de forma práctica (haciéndolo)
-Hearing information -Pictures -Learn by doing (hands on)

¿Cómo quiere usted recibir información? Por escrito Si alguien me la dice Si alguien me la muestra
-How do you want to get information? -In writing -Tell me -Show me

HISTORIAL MÉDICO -MEDICAL HISTORY

1. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una reacción alérgica (reacción adversa) a cualquiera de las siguientes opciones? -Has your child had an allergic reaction (bad effect) from any of the following?

- Ninguna alergia conocida Medicamentos (por favor, describa) _____
-No known allergies -Medicines/Drugs (please describe)
- Látex (guantes de hule) Huevos Cacahuates Picaduras de abejas Mariscos
-Latex (rubber gloves) -Eggs -Peanuts -Bee stings -Shellfish
- Otra (por favor, describe) _____
-Other (please describe)

2. ¿Está tomando su hijo/a algún medicamento (incluya medicamentos sin receta, hierbas, flúor, vitaminas o suplementos) todos los días?..... Sí NO
-Is your child taking any medicines/drugs (include non-prescription, herbs, fluoride, vitamins, or supplements) daily? -YES -NO

Si contestaste "sí", ¿cuáles?:
-If yes - please list

3. ¿Ha tenido su hijo/a alguno de los siguientes problemas de salud o síntomas?
-Has your child had any of the following health problems or symptoms?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias (estacionales, fiebre del heno, etc.)
-Allergies (seasonal, hay fever, etc) | <input type="checkbox"/> Caries o dolor/lesión en dientes -Cavities or tooth pain/injuries |
| <input type="checkbox"/> Asma -Asthma | <input type="checkbox"/> Órganos faltantes o dañados (ojo, riñón, testículo)
-Missing or damaged organs (eye, kidney, testicle) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune (lupus/artritis juvenil/enfermedad celíaca)
-Autoimmune disorder (lupus/juvenile arthritis/celiac disease) | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas frecuentes
-Many headaches/migraines |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades sanguíneas (célula falciforme/problemas de coagulación)
-Blood disorders (sickle cell/clotting problems) | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza, conmoción cerebral o convulsiones
-Head injury, concussion or seizures |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____
-Cancer: Type | <input type="checkbox"/> Problemas desde el nacimiento (defecto congénito, síndrome de Down, autismo, trastorno genético)
Tipo: _____
-Problems since birth (birth defect, down syndrome, autism, genetic disorder) - Type: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: (encierra uno en un círculo) pre-diabetes, tipo 1 o tipo 2 -Diabetes: (circle one) pre-diabetes, type 1, or type 2 | <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo -Developmental delay |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos (incluyendo soplo o hipertensión)
-Heart problems (including murmur or high blood pressure) | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje o necesidades educativas especiales (Plan Individualizado de Educación [IEP, por sus siglas en inglés] o plan 504)
-Learning disability or special education needs (IEP or 504 plan) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol (alto) -High cholesterol | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental (TDAH [ADHD, en inglés], ansiedad, depresión, etc.)
-Mental health condition (ADHD, anxiety, depression, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos: ¿dónde? _____
-Broken bones: where? | <input type="checkbox"/> Otro _____
-Other |

4. ¿Ha tenido su hijo/a alguna lesión grave o ha estado hospitalizado/a de un día para otro?... Sí NO
-Has your child had any major injuries or been in the hospital overnight? -YES -NO

Si contestó "sí", ¿qué cirugías/lesiones tuvo o por qué fue hospitalizado/a?
-If yes - what surgeries/injuries or why were they in the hospital?

HISTORIAL DEL NACIMIENTO - BIRTH HISTORY

5. ¿En qué ciudad/país nació su hijo/a? _____
-What city/country was your child born in?
6. ¿Su hijo/a nació más de un mes antes de la fecha esperada? SÍ NO
-Was your child born more than one month early? -YES -NO
7. ¿Hubo problemas con el embarazo o el parto? SÍ NO
-Were there problems with the pregnancy or birth? -YES -NO
Si es así, ¿cuáles?
-If yes- what?
8. ¿La madre fumó, consumió drogas o bebió alcohol durante el embarazo, incluyendo antes de que supiera que estaba embarazada? SÍ NO
-Did the mother smoke, use drugs, or drink alcohol during the pregnancy, including before she knew she was pregnant? -YES -NO
Si es así, ¿cuáles?
-If yes- what?

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR - FAMILY MEDICAL HISTORY

Los problemas médicos pueden ser hereditarios. Marque las casillas a continuación para informarnos sobre cualquier problema de salud que los miembros de la familia de su hijo/a hayan tenido.
-Medical problems can run in families. Please check the boxes below to tell us about any health problems your child's family members have had

- Madre (biológica): ¿Vive?** Sí No No sé No tiene problemas médicos
-Mother (biological): Living? -Yes -No -I don't know -Has no medical problems
- Diabetes (azúcar) Abuso de alcohol/drogas Problemas cardíacos
-Diabetes (sugar) -Alcohol/Drug abuse -Heart problems
- Derrame cerebral/coágulos sanguíneos Hipertensión
-Stroke/blood clots -High blood pressure
- Problemas de salud mental (depresión, ansiedad, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad [ADHD, en inglés], etc.) -Mental health condition (depression, anxiety, ADHD, etc.)
- Cáncer: ¿qué tipo? _____ Otro _____
-Cancer: what type? -Other

- Padre (biológico): ¿Vive?** Sí No No sé No tiene problemas médicos
-Father (biological): Living? -Yes -No -I don't know -Has no medical problems
- Diabetes (azúcar) Abuso de alcohol/drogas Problemas cardíacos
-Diabetes (sugar) -Alcohol/Drug abuse -Heart problems
- Derrame cerebral/coágulos sanguíneos Hipertensión
-Stroke/blood clots -High blood pressure
- Problemas de salud mental (depresión, ansiedad, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad [ADHD, en inglés], etc.) -Mental health condition (depression, anxiety, ADHD, etc.)
- Cáncer: ¿qué tipo? _____ Otro _____
-Cancer: what type? -Other

- Hermanas/hermanos: ¿Cuántos? _____ ¿Vive?** Sí No No sé
-Sister/Brothers: How many? -Living? -Yes -No -I don't know
- No tiene problemas médicos
-Has no medical problems
- Diabetes (azúcar) Abuso de alcohol/drogas Problemas cardíacos
-Diabetes (sugar) -Alcohol/Drug abuse -Heart problems
- Derrame cerebral/coágulos sanguíneos Hipertensión
-Stroke/blood clots -High blood pressure
- Problemas de salud mental (depresión, ansiedad, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad [ADHD, en inglés], etc.) -Mental health condition (depression, anxiety, ADHD, etc.)
- Cáncer: ¿qué tipo? _____ Otro _____
-Cancer: what type? -Other

Firma X _____ (padre/madre/tutor)

for office use (para uso del consultorio): Provider

Reviewed by: _____ Date: _____