

CHKDHS MEDICAL GROUP
ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO (PEDIATRIC PATIENT HEALTH HISTORY)

Nombre del niño (Child's Name) _____ **Fecha de nacimiento** (Date of Birth) _____

Nº de historia clínica (Chart #) (*Usa interno*) (*Internal Use*) _____

Médico anterior del niño (Child's Previous Doctor) / **Proveedor de atención primaria** (Primary Care Provider): _____

EMBARAZO Y PARTO (PREGNANCY & BIRTH)

Peso al nacer (Birth Weight) _____ **libras** (lbs) _____ **onzas** (ozs) **Estatura al nacer** (Birth Length): _____

Puntuación de APGAR al minuto (APGAR score 1 min) _____ **A los 5 minutos**. (5 min.) _____

Antecedentes biológicos del niño (The child's biological status): **Hijo biológico** (Birth) **Adoptado** (Adoption) **Hijastro** (Stepchild) **Otro** (other): _____

Tipo de parto (Delivery by): **Parto vaginal** (vaginal birth) **Cesárea** (caesarian). **Si fue cesárea** (If caesarian), **¿por qué?** (why?) _____

¿Alguna complicación relacionada? (Any related complications) **Ninguna** (None) **Embarazo** (Pregnancy) **Trabajo de parto** (Labor) **Parto** (Delivery) **Sala de recién nacidos** (Nursery).

GENERAL (GENERAL)

Lugar de nacimiento (Place of Birth): _____ **Los padres del niño están** (Are the child's parents): **casados** (married) **solteros** (unmarried) **divorciados** (divorced) **separados** (separated)

Grado en la escuela (Grade in School): _____ **Asiste a la guardería** (Day Care Attendance): **Sí** (Yes) **No** (No)

El niño ha tenido (Has the child had): **varicela** (chickenpox) **sarampión** (measles) **paperas** (mumps) **rubéola** (rubella)

meningitis (meningitis) **tuberculosis** (tuberculosis)

Contacto con hermanos o personas enfermas (Siblings or sick contacts): **Sí** (Yes) **No** (No)

¿Algún cuidador del niño(a) fuma? (Do any of the child's caretaker's smoke?) **Sí** (Yes) **No** (No). **Si la respuesta es "sí", ¿quién?** (If so, whom?) _____

Jabones o detergentes (Soaps/detergents): _____ **¿Tiene un perro?** (Has a dog?) **Sí** (Yes) **No** (No)

Televisión (horas al día) (TV (hours per day)) _____ **Computadora o videojuegos (horas al día)** (Computer/Video Games (hours per day)) _____ **¿Practica deportes?** (Plays Sports): **Sí** (Yes) **No** (No)

¿Alguna enfermedad reiterada? (Any repeated illness?) **Sí** (Yes) **No** (No) _____ **Cirugías** (Any surgery?): **Sí** (Yes) **No** (No)

¿Alguna lesión grave? (Any serious injury?) **Sí** (Yes) **No** (No) _____ **Hospitalizaciones** (Been hospitalized?) **Sí** (Yes) **No** (No)

¿Alguna reacción a medicamentos? (Reaction to any medication?) **Sí** (Yes) **No** (No) _____ **Problemas en la escuela o de aprendizaje** (School or Learning problems?): _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (FAMILY HISTORY)

Complete la siguiente información sobre los familiares que viven en la casa (Please fill in the following information about family members living in the home):

Nombre (Name)	Relación (Relationship)	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Sexo (Gender)	Comentarios de salud (Health Comments)

Marque cualquier antecedente familiar sobre las enfermedades que se indican a continuación. Además de los familiares directos, incluya: tíos, tías y abuelos asociados con la enfermedad (Please check any family history of the conditions listed below. In addition to immediate family, include: Uncles, Aunts, and Grandparents associated with the condition).

Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	Alcoholismo o abuso de drogas (Alcoholism/Drug Abuse)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
Alergias (Allergies)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	Artritis (Arthritis)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
Defectos congénitos (Birth Defects)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	Problemas sanguíneos (Blood Problems)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
Cáncer (Cancer)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
Dolencias genéticas (Genetic)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	Hipertensión (Hypertension)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
Enfermedad renal (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	Cardiopatía (Heart Disease)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
Migrañas (Migraines)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	Neuropatía o miopatía (Nerve/Muscular)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
Trastornos psiquiátricos (Psych. Disorders)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	Convulsiones (Seizures)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
Problemas de tiroides (Thyroid Problems)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)		

Indique el pariente con la(s) enfermedad(s) (Please indicate relative with condition(s)): _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE (PATIENT'S HISTORY): Indique si su hijo ha tenido alguno de los siguientes (Please check if your child has had any of the following):

Alergias (Allergy): **Medicamentos** (Medications) _____ **Fiebre del heno o picazón en los ojos** (Hayfever or itchy eyes)

Sangre o Sistema linfático (Blood / Lymph): **Nódulos sin explicación** (Unexplained lumps) **Moretones o sangrado con facilidad** (Easily bruises or bleeds) **Anemia** (Anemia) **Hipertensión arterial** (High blood pressure)

Sistema cardiovascular (Cardiovascular): **Se cansa con facilidad** (Easily tires) **Dificultad para respirar** (Shortness in breath) **Desmayos** (Fainting) **Cardiopatía o soplo cardíaco** (Heart disease or murmur)

General o sistema endocrino (Constitutional / Endocrine): **Fiebre o escalofríos** (Fever/chills) **Sudoración excesiva** (Excessive sweating) **Aumento o pérdida de peso** (Weight loss or gain)

Ojos (Eyes): **Enfermedad o lesión** (Disease/injury) **Ojo estrábico** (Squinting) **Estrabismo** (Crossing Eyes) **Mirada fija** (Gazing)

Oídos, nariz o garganta (Ear/Nose/Throat): **Congestión** (Congestion) **Dificultades auditivas** (Difficulty hearing)

Respiración por la boca o ronquidos (Mouth Breathing/snoring) **Mal aliento** (Bad breath) **Escorrimento nasal frecuente** (Frequent runny nose) **Problemas con los dientes o encías (llagas)** (Problems with teeth/gums (sores))

Gastrointestinal (Gastrointestinal): **Náuseas o diarrea** (Nausea/diarrhea) **Estreñimiento** (Constipation) **Sangre en las deposiciones** (Blood in bowel movement) **Sed o apetito anormal** (Abnormal thirst/appetite)

Aparto genitourinario (Genitourinary): **Incontinencia urinaria nocturna** (Bedwetting) **Micción frecuente o con dolor** (Frequent/painful urination) **Secreción** (Discharge): **pene o vagina** (penis or vagina)

Muscular u óseo (Muscular/Skeletal): **Dolor muscular o articular** (Muscle/joint pain) **Escoliosis** (Spine curvature)

Sistema neurológico (Neurological): **Cefaleas** (Headaches) **Debilidad** (Weakness) **Torpeza** (Clumsiness)

Antecedentes psiquiátricos (Psychiatric): **Problemas del habla** (Speech problems) **Ansiedad o estrés** (Anxiety/Stress)

Problemas para dormir (Trouble sleeping) **Depresión** (Depression) **Conducta** (Behavior)

Aparato respiratorio (Respiratory): **Tos prolongada** (Prolonged coughing) **Silbidos al respirar** (Wheezing)

Piel (Skin): **Quemaduras** (Burns) **Marcas de nacimiento** (Birthmarks) **Enfermedad** (Disease) **Sarpullidos** (Rashes) **Lunares inusuales** (Unusual moles)