

CHKDHS MEDICAL GROUP

HISTORIAL DE SALUD PARA PACIENTE PEDIATRICO (PEDIATRIC PATIENT HEALTH HISTORY)

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ Chart # (Internal Use)
 (Child's Name) (Date of Birth)

Doctor Anterior del Niño(a)/ Proveedor Médico Primario: _____
 (Child's Previous Doctor / Primary Care Provider)

EMBARAZO Y NACIMIENTO (Pregnancy & Birth)

Peso al Nacer _____ lbs _____ ozs Medida al Nacer: _____ Puntuación APGAR 1 min _____ 5 min _____
 (Birth Weight) (Birth Length) (APGAR score 1 min/5 min)

Estado biológico del niño(a): Nacimiento Adopción Hijastro otro: _____
 (The child's biological status) (Birth) (Adoption) (Stepchild) (other)

Tipo de parto: parto vaginal cesarea Si fue cesarea, ¿por qué? _____
 (Delivery by) (vaginal birth) (caesarian) (If caesarian, why?)

¿Alguna complicación relacionada? Ninguna Embarazo Labor Parto Guardería
 (Any related complications) (None) (Pregnancy) (Labor) (Delivery) (Nursery)

GENERAL

Lugar de Nacimiento: _____ Los Padres están: casados no casados divorciados separados
 (Place of Birth) (Are the child's parents) (married) (unmarried) (divorced) (separated)

Niño(a) ha tenido: varicela sarampión paperas rubeola meningitis tuberculosis
 (Has the child had) (chickenpox) (measles) (mumps) (rubella) (meningitis) (tuberculosis)

Algún encargado del niño(a) fuma? Sí No Si indicó que sí, ¿quién? _____
 (Do any of the child's caretakers smoke?) (Yes) (No) (If so, whom?)

TV (horas cada día) _____ Juegos de Computadora/Video (horas cada día) _____
 (TV (hours per day)) (Computer/Video Games (hours per day))

¿Alguna enfermedad frecuente? Sí No ¿Alguna cirugía? Sí No
 (Any repeated illness?) (Yes) (No) (Any surgery?) (Yes) (No)

¿Alguna lesión seria? Sí No ¿Ha estado hospitalizado(a)? Sí No
 (Any serious injury?) (Yes) (No) (Been hospitalized?) (Yes) (No)

¿Reacción a algún medicamento? Sí No ¿Problemas en la escuela o con el aprendizaje? _____
 (Reaction to any medication?) (Yes) (No) (School or Learning problems?)

HISTORIAL DE LA FAMILIA (Family History)

(Favor completar la siguiente información acerca de los miembros de la familia que viven en el hogar)
 (Please fill in the following information about family members living in the home)

Nombre (Name)	Relación (Relationship)	Fecha de Nacimiento (Date of Birth)	Género (Gender)	Comentarios Acerca de la Salud (Health Comments)

Favor marque cualquier historial familiar de las condiciones en la lista siguiente. Además de miembros de la familia inmediata, incluya: Tíos, Tías, Abuelos(as) y el padecimiento asociado.

(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	Alcoholismo/Abuso de Drogas (Alcoholism/Drug Abuse) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Alergias (Allergies) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Artritis (Arthritis) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Defectos de Nacimiento (Birth Defects) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Problemas con la Sangre (Blood Problems) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Cáncer (Cancer) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Genético (Genetic) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Alta Presión (HTN) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Riñón (Kidney Disease) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Corazón (Heart Disease) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Migrañas (Migraines) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Nervios/Muscular (Nerve/Muscular) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Trastorno Psic. (Psych. Disorders) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No
Convulsiones (Seizures) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	Problemas de la Tiroides (Thyroid Problems) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	

Favor indique que miembro de la familia tiene que padecimiento(s): _____
 (Please indicate relative with condition(s))

CHKDHS MEDICAL GROUP

HISTORIAL DE SALUD PARA PACIENTE PEDIATRICO (PEDIATRIC PATIENT HEALTH HISTORY) p.2

HISTORIAL DEL PACIENTE: Favor marque si su niño(a) ha tenido historial de lo siguiente:
(PATIENT'S HISTORY) (Please check if your child has had any of the following)

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

Sangre / Linfa: Abultamiento sin explicación Se le mora la piel o sangra fácilmente Anemia Presión Alta
(Blood / Lymph) (Unexplained lumps) (Easily bruises or bleeds) (Anemia) (High blood pressure)

Cardiovascular: Se cansa fácilmente Falta de aliento Desmayos Enfermedad del corazón o soplo cardíaco
(Cardiovascular) (Easily tires) (Shortness in breath) (Fainting) (Heart disease or murmur)

Constitución Física / Endocrino: Fiebres/escalofríos Sudor excesivo Pérdida o aumento de peso
(Constitutional / Endocrine) (Fevers/chills) (Excessive sweating) (Weight loss or gain)

Ojos: Enfermedad/lesión Entrecierra los ojos Bizco-Cruza los Ojos Mirada fija
(Eyes) (Disease/injury) (Squinting) (Crossing Eyes) (Gazing)

Oído/Nariz/Garganta: Congestión Dificultad para escuchar Respira por la boca/ronca Tiene mal aliento
(Ear/Nose/Throat) (Congestion) (Difficulty hearing) (Mouth Breathing/snoring) (Bad breath)
 Goteo nasal frecuente Problemas con los dientes/las encías (llagas)
(Frequent runny nose) (Problems with teeth/gums (sores))

Gastrointestinal: Nausea/diarrea Estreñimiento Sangre cuando evacúa/hace del baño Sed/apetito anormal
(Gastrointestinal) (Nausea/diarrhea) (Constipation) (Blood in bowel movement) (Abnormal thirst/appetite)

Genitourinario: Moja la cama Orina con frecuencia/con dolor Flujo: del pene o de la vagina
(Genitourinary) (Bedwetting) (Frequent/painful urination) (Discharge: penis or vagina)

Muscular/Esquelético: Dolor de músculos/articulaciones Encorvamiento de la columna
(Muscular/Skeletal) (Muscle/joint pain) (Spine curvature)

Neurológico: Dolores de cabeza Debilidad Torpeza
(Neurological) (Headaches) (Weakness) (Clumsiness)

Psiquiátrico: Problemas del habla Ansiedad/Estrés Dificultad para dormir Depresión Comportamiento
(Psychiatric) (Speech problems) (Anxiety/Stress) (Trouble sleeping) (Depression) (Behavior)

Respiratorio: Tos prolongada(por mucho tiempo) Sibilancia(silbido al respirar)
(Respiratory) (Prolonged coughing) (Wheezing)

Skin: Quemaduras Marcas de Nacimiento Enfermedad Erupciones Lunares raros
(Skin) (Burns) (Birthmarks) (Disease) (Rashes) (Unusual moles)