

OFFICE USE ONLY PATIENT ID NUMBER

PATIENT NAME: _____

Household - Please list those living in the child's home:

Hogar - Por favor anote todas las personas que viven en el hogar con el niño:

NAME NOMBRE	RELATIONSHIP TO CHILD RELACION AL NIÑO	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	HEALTH PROBLEMS PROBLEMAS DE SALUD

Are there siblings not listed? If so, please list their names and ages and where they live. Hay algún hermano/a que no esta en la lista? Favor de anotar sus nombres, edades y donde viven.

If the mother and father are not living together or the child does not live with parents, what is the child's custody status? Si la mama y el papa no viven juntos o el niño no vive con sus padres, cual es la situación de custodia del niño?

If one or both parents are not living in the house, how often does he/she see the parent/parents not in the home? Si uno o ambos padres no viven en la casa, con que frecuencia ven al niño?

BIRTH HISTORY

Birth weight Peso al nacer		<input type="checkbox"/> Vaginal delivery Parto vaginal?	<input type="checkbox"/> Cesarean Cesárea
-------------------------------	--	---	--

If cesarean, why? Si fue Cesárea, porque fue?

Was the baby born: El bebe nació:	<input type="checkbox"/> Term? A los nueve meses?	<input type="checkbox"/> Early? Temprano?	<input type="checkbox"/> Late? Tarde?
--------------------------------------	--	--	--

OFFICE USE ONLY PATIENT ID NUMBER

PATIENT NAME: _____

Did your baby have any problems right after birth? Yes Si No
Su bebe tuvo algún problema al nacer?

Explain Explique:

During pregnancy, did mother: Smoke? Yes Si No Drink alcohol? Yes Si No
Durante el embarazo, la mama: Fumo? Tomo bebida alcohólica?

Use drugs or medications: Yes Si No If yes, what? When?
Usó drogas o medicamentos? Si contest si, cual? Cuando?

Was initial feeding: Breast Bottle
La alimentación inicial fue: Pecho Biberon

Did your baby go home with mother from hospital? Yes Si No
Su bebe se fue del hospital con la mama?

Explain Explique:

GENERAL	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Does your child have any serious illness or medical condition? Su niño/a tiene alguna enfermedad seria o condición medica?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Has your child had any serious accidents? Su niño/a ha tenido algún accidente serio?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Has your child had any surgery? Su niño/a ha tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Has your child ever been hospitalized? Su niño/a ha sido hospitalizado/a alguna vez?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Is your child allergic to any medication or drugs? Su niño/a es alérgico/a a alguna medicina o droga?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
DEVELOPMENT / DESARROLLO	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Does your child have physical developmental problems? Su niño/a ha tenido problemas de desarrollo físico?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Does your child have mental or emotional development problems? Su niño/a ha tenido problemas de desarrollo emocional o mental?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Does your child have problems with their attention span? Su niño/a ha tenido problemas de atención?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
If your child is in school: Si su niño/a va a la escuela	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Does your child have behavioral problems in school? Su niño/a tiene problemas de comportamiento en la escuela?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	

OFFICE USE ONLY PATIENT ID NUMBER

PATIENT NAME: _____

Has he/she failed or repeated a grade in school? Su niño/a ha fallado o repetido algún año escolar?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Does your child have academic problems in school? Su niño/a ha tenido problemas académicos en la escuela?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Is he/she in special or resource classes? Su niño/a esta en algún salón especial o clases de educación especial?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	

DOES YOUR CHILD HAVE ANY ISSUE / SU NIÑO A HA TENIDO ALGUNA VEZ?

EYES / OJOS	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Any problems with eyes? Algún problema con los ojos?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Do eyes looked crossed? Los ojos se ven cruzados o bisco?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Does the child wear glasses? Su niño/a usa espejuelos?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
NOSE / NARIZ	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Does the child have frequent bouts of sneezing, rubbing his/her nose? Su niño/a tiene estornudos frecuentes o se toca mucho la nariz?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Has the child had frequent nose bleeds? Su niño/a tiene sangrado de nariz con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Does your child have trouble breathing at night due to snoring? Su niño/a tiene problemas respirando en la noche a causa de roncar?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
THROAT / GARGANTA	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Does your child have three or more strep throat infections per year? Su niño/a tiene 3 o mas infecciones de garganta con Strep al año?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
HEART / CORAZON	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS
A heart murmur? Un soplo?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
High blood pressure? Presion alta?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Heart defect? Problemas o defectos de corazon?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
LUNGS / PULMONES	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Bronchitis or pneumonia? Bronquitis, Bronquios o Neumonia?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Asthma/wheezing? Asma o silbido/chillido en el pecho?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Chronic cough? Toz cronica?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	

OFFICE USE ONLY PATIENT ID NUMBER

PATIENT NAME: _____

ABDOMEN	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS	
Constipation? Estreñimiento?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
Blood in bowel/stool? Sangre en la caca?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
Frequent abdominal pain? Dolor abdominal frecuente?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
Frequent vomiting or diarrhea? Vómitos o diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
Difficulty with eating/chewing/swallowing? Dificultad comiendo/masticando/tragando If yes, please explain in "Comments" Si contesto si, explique en los comentarios	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
KIDNEY / RIÑÓN	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS	
Has your child ever had a urinary tract infection? Su niño/a ha tenido alguna vez infección de orina?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
Is your child toilet trained? Su niño/a ya dejó los pañales?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
Does your child ever wet the bed? Su niño/a alguna vez moja la cama?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
SKIN / PIEL	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS	
Any sensitivity or allergy? Alguna sensibilidad o alergia?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
Eczema or atopic dermatitis? Eczema o dermatitis atópica?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
Diagnosis of a skin condition? Diagnostico de alguna condición de la piel	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
EXTREMITIES / EXTREMIDADES	Has your child: Su niño/a ha:	YES/SI NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Had weakness or paralysis of arms or legs? tenido parálisis o debilidad de los brazos o piernas?		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
A persistent limp? cojera?		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Ever worn corrective shoes or braces? Usado zapatos o aparatos para las piernas?		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	

OFFICE USE ONLY PATIENT ID NUMBER

PATIENT NAME: _____

NEUROLOGICAL / NEUROLOGICO	Has your child ever had: Su niño/a ha tenido?	YES/SI	NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Frequent headaches? Dolores de cabeza con frecuencia?		<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	
Convulsions or seizures? Convulsiones?		<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	
Dizziness? Mareo?		<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	
Fainting? Desmayos?		<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	
Does your child receive any kind of therapy? Su niño/a recibe alguna terapia?		YES/SI	NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Occupational Ocupacional		<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	
Speech Habla		<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	
Physical Física		<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	
Behavioral De comportamiento o psicología		<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	
CONCERNS / PREOCUPACIONES		YES/SI	NO	COMMENTS/COMENTARIOS
Are there concerns about physical, sexual, or emotional abuse? Tiene alguna preocupacion sobre abuso fisico, sexual o emocional?		<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	
Has your child ever been admitted to the hospital for any reason? Please explain: Su niño/a ha sido admitido al hospital por alguna razón en alguna ocasión? Por favor explique:				
Has your child seen any specialists? Please explain below: Su niño a ha visto algún especialista? Por favor explique:				
Specialist / Especialista		Hospital		

OFFICE USE ONLY PATIENT ID NUMBER

PATIENT NAME: _____

**Has your child ever had any imaging studies? Please explain below:
Su niño a ha tenido alguna vez algun studio que produce imágenes? Por favor explique:**

Xrays / Radiografia	
Ultrasound / Ultrasonido o Sonograma	
MRI / Resonancia Magnetica	
CT Scan / Tomografia	
Other / Otro	

**Any other concerns you would like to discuss?
Alguna otra preocupacion que quiera discutir?**

--

**Family History?
Problemas de salud en la familia?**

--