

Community Health Centers, Inc.
PEDIATRIC HISTORY (*Historia del Niño*)

Please check if child or any blood relative (father, mother, sister, brother) has ever had any of the following problems:
Por favor marque si algún niño u otro miembro de su familia (padre, madre, hermano, hermana) ha tenido alguna de estas condiciones:

Condition	<i>Enfermedad</i>	Child <i>Niño</i>	Relative <i>Familia</i>	Condition	<i>Enfermedad</i>	Child <i>Niño</i>	Relative <i>Familia</i>
Alcohol or drugs	<i>Alcoholismo o adicción de drogas</i>			High blood pressure	<i>Presión alta</i>		
Asthma	<i>Asma</i>			Lung problems	<i>Problemas pulmonares</i>		
Attention deficit	<i>Hiperactividad</i>			Miscarriage or infant death	<i>Abortos naturales o muerte de niños</i>		
Bleeding problems	<i>Problemas de sangrados</i>			Missed more than 10 days of school last year	<i>Ha perdido mas de 10 días de la escuela el año pasado</i>		
Blood transfusions	<i>Transfusiones de sangre</i>			Multiple sore throats	<i>Dolor de garganta crónica</i>		
Broken bones	<i>Fracturas de huesos</i>			Nutritional problems	<i>Problemas de nutrición</i>		
Cancer	<i>Cáncer</i>			Pneumonia	<i>Pulmonía</i>		
Chickenpox	<i>Varicela</i>			School problems	<i>Problemas en la escuela</i>		
Chronic illness	<i>Enfermedades crónicas</i>			Seizures	<i>Epilepsia</i>		
Depression	<i>Depresión</i>			Sickle cell	<i>Anemia tipo sickle</i>		
Developmental problems	<i>Problemas de desarrollo</i>			Stomach problems	<i>Problemas estomacales</i>		
Diabetes	<i>Diabetes</i>			Thyroid problems	<i>Problemas de las tiroides</i>		
Ear infections	<i>Infecciones de oído</i>			Urinary tract infections	<i>Infecciones de las vías urinarias</i>		
Fainting	<i>Desmayos</i>			Any other diagnosis	<i>Otros diagnósticos</i>		
Chronic headaches	<i>Dolor de cabeza crónico</i>			Other (list)	<i>Otras condiciones</i>		
Heart murmur	<i>Soplo (corazón)</i>						

Has your child ever been hospitalized? Yes No Reason: _____
¿Ha estado su niño hospitalizado alguna vez? Si No Razón: _____

Household Member's Name (*Nombres de personas en la casa*) Age (*Edad*) Relationship (*Relación*)

Does the mother work? Yes No If yes, where? _____
¿Trabaja la madre? Si No ¿Donde? _____

Does the father work? Yes No If yes, where? _____
¿Trabaja el padre? Si No ¿Donde? _____

What city do you live in? _____ Do you have: city water well water
¿En que ciudad vive? _____ Tiene agua de: la ciudad de pozo

Do you have any pets? Yes No If yes, please list _____
¿Tiene mascotas/animales? Si No ¿Cuales? _____

Has any partner ever hit or threatened you? (*¿Ha sido golpeado o amenazado alguna vez por su pareja?*) Yes No
 Si No

What type of discipline do you use at home? (*¿Que tipo de disciplina usa en su casa?*)
 threatening loss of privileges time out discussion
 amenazas *perdida de privilegios* *tiempo fuera* *conversaciones*
 restrictions spanking yelling other (list) _____
 restricciones *nalgadas* *gritar* *otro* _____

Any stressors currently in your life? (*¿Tiene alguna tensión en su vida en estos momentos?*)
 unemployment recent move family illness death in family
 desempleo *mudanza reciente* *enfermedad en la familia* *muerte en la familia*
 violent partner recent divorce partner gets drunk other (list) _____
 violencia doméstica *divorcio reciente* *pareja se emborracha* *otro*: _____

Does anyone smoke in the home? (*¿Alguien fuma en la casa?*) Yes Si No No

How do you learn the best? Hearing Reading Seeing Written material to take home
¿Cuál es la mejor manera que usted aprende? Escuchar Lectura Visual Material escrito para llevar a casa

Place patient name sticker here

Community Health Centers, Inc.
PEDIATRIC HISTORY (*Historia del Niño*)

Please check if your child participates in any of the following (*Marque la actividad en que su niño participa*):

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> day care | <input type="checkbox"/> preschool | <input type="checkbox"/> after school program | <input type="checkbox"/> sports |
| <input type="checkbox"/> <i>guardería</i> | <input type="checkbox"/> <i>pre-kinder</i> | <input type="checkbox"/> <i>programas después de la escuela</i> | <input type="checkbox"/> <i>deportes</i> |

Primary language at home (*Lenguaje principal en la casa*): _____

Is the mother's family history known? Yes No Is the father's family history known? Yes No
¿Conoce usted el historial medico de la madre? *Si* *No* *¿Conoce usted el historial medico del padre?* *Si* *No*

Please check if there were any of the following complications during the child's pregnancy:

Favor marque si hubo alguna complicación durante el embarazo del niño:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> high blood pressure | <input type="checkbox"/> unusual stress | <input type="checkbox"/> use of alcohol or drugs | <input type="checkbox"/> excessive vomiting |
| <input type="checkbox"/> <i>presión alta</i> | <input type="checkbox"/> <i>tensión fuera de lo normal</i> | <input type="checkbox"/> <i>uso de drogas o bebidas alcohólicas</i> | <input type="checkbox"/> <i>vómitos excesivos</i> |
| <input type="checkbox"/> illness during pregnancy | <input type="checkbox"/> smoking (____ packs/day) | <input type="checkbox"/> bleeding | <input type="checkbox"/> other (list) _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>enfermedad durante el embarazo</i> | <input type="checkbox"/> <i>fumar cigarrillos</i> | <input type="checkbox"/> <i>sangrado</i> | <input type="checkbox"/> <i>otro: _____</i> |

Prenatal testing results (*Resultados de estudios prenatales*):

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| Syphilis (<i>Sifilis</i>) | <input type="checkbox"/> Positive (<i>Positivo</i>) | <input type="checkbox"/> Negative (<i>Negativo</i>) | <input type="checkbox"/> Don't know or not done (<i>No sé o no fue hecho</i>) |
| Gonorrhea (<i>Gonorrea</i>) | <input type="checkbox"/> Positive (<i>Positivo</i>) | <input type="checkbox"/> Negative (<i>Negativo</i>) | <input type="checkbox"/> Don't know or not done (<i>No sé o no fue hecho</i>) |
| Chlamydia (<i>Chlamydia</i>) | <input type="checkbox"/> Positive (<i>Positivo</i>) | <input type="checkbox"/> Negative (<i>Negativo</i>) | <input type="checkbox"/> Don't know or not done (<i>No sé o no fue hecho</i>) |
| TB (<i>Tuberculosis</i>) | <input type="checkbox"/> Positive (<i>Positivo</i>) | <input type="checkbox"/> Negative (<i>Negativo</i>) | <input type="checkbox"/> Don't know or not done (<i>No sé o no fue hecho</i>) |
| HIV (<i>VIH / SIDA</i>) | <input type="checkbox"/> Positive (<i>Positivo</i>) | <input type="checkbox"/> Negative (<i>Negativo</i>) | <input type="checkbox"/> Don't know or not done (<i>No sé o no fue hecho</i>) |
| Hepatitis B (<i>Hepatitis B</i>) | <input type="checkbox"/> Positive (<i>Positivo</i>) | <input type="checkbox"/> Negative (<i>Negativo</i>) | <input type="checkbox"/> Don't know or not done (<i>No sé o no fue hecho</i>) |
| Other (<i>Otro</i>) _____ | <input type="checkbox"/> Positive (<i>Positivo</i>) | <input type="checkbox"/> Negative (<i>Negativo</i>) | <input type="checkbox"/> Don't know or not done (<i>No sé o no fue hecho</i>) |

Did you take any medications during the pregnancy? Yes No If yes, list _____
¿Tomó alguna medicina durante su embarazo? *Si* *No* *Cual:* _____

Where did you get prenatal care? (*¿Dónde se atendió por un doctor durante su embarazo?*) _____

What month of pregnancy did you start prenatal care? (*¿En qué mes del embarazo comenzó a verse con un doctor?*) _____

Type of delivery: Vaginal Scheduled C-section Emergency C-section
Tipo de parto: *Vaginal* *Cesárea planeada* *Cesárea de emergencia*

Was the baby full term? Yes No If no, how many weeks old was the baby? _____
¿Nació él bebe a tiempo? *Si* *No* *¿Si no, cuantas semanas tenia él bebe al nacer?* _____

Birth weight (*peso al nacer*) _____ Length (*talla*) _____ Head circumference (*medida de la cabeza*) _____

Any complications after delivery? (*¿Alguna complicación después del parto?*)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> baby didn't cry | <input type="checkbox"/> baby transferred to another hospital | <input type="checkbox"/> jaundice |
| <input type="checkbox"/> <i>el bebe no lloro</i> | <input type="checkbox"/> <i>el bebe fue trasladado a otro hospital</i> | <input type="checkbox"/> <i>ictericia (piel amarilla)</i> |
| <input type="checkbox"/> baby needed CPR | <input type="checkbox"/> baby went to special care unit | <input type="checkbox"/> mother had a fever at delivery |
| <input type="checkbox"/> <i>el bebe necesito ser resucitado</i> | <input type="checkbox"/> <i>el bebe estuvo en una unidad de cuidado intensivo</i> | <input type="checkbox"/> <i>la madre tuvo fiebre después del parto</i> |
| <input type="checkbox"/> oxygen was given to baby | <input type="checkbox"/> baby was given antibiotics | <input type="checkbox"/> other (<i>otro</i>): _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>el niño recibió oxígeno</i> | <input type="checkbox"/> <i>el niño recibió antibióticos</i> | (list) _____ |

Location of delivery (*Lugar de nacimiento*): _____

Did your baby go home with you? (*¿Se fue su bebe con usted cuando salió del hospital?*) Yes No
 Si *No*

If no, why not? (*Si no, explique*) _____

Completed by: _____ Date: _____
Historial completado por: _____ *Fecha:* _____

Physician Attestation: _____ Date: _____