

CLARA VISTA PEDIATRICS PEDIATRIC HEALTH QUESTIONNAIRE

PLEASE PRINT EN IMPRENTA

Child's name: _____
Nombre del niño _____
Date of birth: _____
Fecha de nacimiento _____
Address: _____
Dirección _____
Phone: _____
Teléfono _____

Date _____
Fecha _____

FAMILY HISTORY: (Please include any deceased members of immediate family.)
HISTORIAL FAMILIAR: (Incluya los miembros de la familia inmediata fallecidos)

(Give first and last name) / Dar nombre y apellidos	Age / Edad	Major health problems & illnesses / Problemas de salud
Parent/Guardian #1 (del los padre/encargado #1)		
Parent/Guardian #2 (del los padre/encargado #2)		
1. Child's brothers, sisters / Hermanos y hermanas		
2.		
3.		
4.		
5.		

Occupation Parent/Guardian #1 _____
Occupación del los padre #1/encargado #1

Occupation Parent/Guardian #2 _____
Occupación del los padre/encargado #2

Who lives at home with patient? _____
¿Quién vive en casa con el niño?

Is child regularly with baby sitter? Yes No
¿Cuida del niño una nintera regularmente? Sí No

Is child regularly in nursery school? Yes No
¿Está el niño una guardería con regularidad? Sí No

Has the child or any other family member had any of the following conditions? (If yes, please state who.)
¿Padece el niño u otro miembro de la familia de alguna de las siguientes enfermedades? (especifique quién)

Diabetes Azúcar en la sangre	Mental retardation Retraso mental	Drug problem Abuso de drogas
Asthma Asma	Birth Deformity Malformación de nacimiento	Mental illness Enfermedad mental
Allergies/hay fever Alergias	Leukemia Leucemia	Any others: Otros:
Tuberculosis	Cancer	a.)
Kidney trouble Problemas de riñones	Epilepsy (convulsions) Convulsiones	b.)
Arthritis Reumatismo	Heart disease Problemas del corazón	c.)
High blood pressure Presión alta	Drinking problem Alcoholismo	d.)

PREGNANCY AND BIRTH HISTORY / HISTORIAL DEL EMBARAZO Y NACIMIENTO

Name and location of obstetrician or other provider of care during pregnancy / Nombre y domicilio del obstetra: _____

_____ Mother's age during pregnancy / Edad de la madre durante el embarazo _____

Did mother have problems during pregnancy with any of the following? / ¿Tuvo la madre alguno de los siguientes problemas?

Yes Sí	No		Yes Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infections / Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes / Azúcar en la sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bleeding / Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sugar in urine / Azúcar en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High blood pressure / Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protein in urine / Proteína en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rashes / Sarpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Others / Otros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severe vomiting / Vómito severo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Did mother take any medications during pregnancy besides vitamins and iron? Yes Sí No
¿Tomó la madre otras medicinas durante el embarazo, además de vitaminas y hierro?

If yes, please state which / Diga cuales _____



Were there any of the following complications of labor? If so, please check: / *Hubo alguna de las siguientes complicaciones durante la labor de parto? Diga cuales.*

Yes	Sí	No		Yes	Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Breech / <i>¿El niño venfa de pies?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C-section. Why? / <i>Operación Cesárea . ¿Porqué?</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Induced labor Why? / <i>Inducieron la labor de parto. ¿Por qué?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Any other? / <i>¿Otra(s)?</i>

Baby was born: On time / *A tiempo* Late / *Tarde* Early / *Temprano* Explain / *Explique*

Nació:

Did baby have any problems in the delivery room or in the nursery? / *¿Tuvo su nene problemas en las salas de partos o de recién nacidos?*

Yes	Sí	No		Yes	Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty breathing / <i>Problemas respiratorios</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infections / <i>Infecciones</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Needed oxygen / <i>Necesitó oxígeno</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feeding problems / <i>Problemas de alimentación</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice / <i>¿Se puso amarillo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other / <i>¿Otro(s)?</i>

Did baby go home with mother? / *¿Le dieron de alta con la mamá?* Yes *Sí* No

MEDICAL HISTORY: Child's general state of health. Good Fair Poor
HISTORIAL MEDICO: Salud general del niño Buena Regular Mala

Hospital admissions, operations—please list below / *Admisiones al hospital, cirugías—favor de describir en el espacio correspondiente:*

Hospital	Date / Fecha	Reason / Causa

Please list any serious accidents or broken bones / *Favor de describir accidentes serios o fracturas:* _____

Do you feel that your child is developing normally in comparison to other children? Yes No
Cuando compara a su niño con otros de su edad, ¿es su desarrollo normal? *Sí No*

If not, state problem areas. / *Si su respuesta es no, explique por qué.* _____

Has your child had any serious or persistent problems with any of the following? If yes, please check and state specific problem:
¿Ha tenido su niño algún problema serio o persistente con alguno de los siguientes? Favor de detallar en el espacio correspondiente.

- | Yes | Sí | No | No |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skin / <i>Piel</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eyes or vision / <i>Ojoso vista</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Speech / <i>Lenguaje</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teeth / <i>Dientes</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Feeding / <i>Problemas de alimentación</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Learning problems / <i>Problemas de aprendizaje</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ears or hearing / <i>Oidos o audición</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Behavior (home or school) / <i>Comportamiento</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Urinary infections/ <i>Infecciones de las vías urinaries</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bed-wetting / <i>Orinarse en la cama</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bowel problems / <i>Problemas del intestino</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Overweight / <i>Sobrepeso</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sleeping / <i>Problemas para dormir</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Has the child had any bad reactions to medications? <i>¿Ha tenido el niño alguna reacción medicamentosa?</i> _____
If so, which ones? <i>¿A qué medicina?</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Does your child take any medications or treatments regularly? <i>¿Ingiere el niño alguna medicina regularmente?</i> _____
If so, state which: <i>Especifique cual(es)</i> _____
When did your child last visit the dentist? <i>¿Cuándo fué la última cita de su niño con el dentista?</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Does your child always use an approved car seat or seat belts when in the car? <i>¿Usa su niño un asiento o cinturón de seguridad en el carro?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Are all poisons and medications out of the reach of children in your home? <i>¿Están los venenos y medicamentos fuera del alcance de su niño en su casa?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you know what to do in case of an accidental poisoning? <i>¿Sabe usted qué hacer en caso de envenenamiento accidental?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Are you very careful while cooking or handling hot foods when children are in the kitchen?
<i>¿Tiene usted mucho cuidado cuando cocina o cuando hay alimentos calientes en presencia de los niños?</i> |

I represent each and all of the foregoing answers to be true and complete. / *La información suministrada es correcta y completa*

Parent or
 Guardian Signature _____
 Firma del padre o encargado

Date _____
 Fecha

Physician Signature _____ MD
 Firms del medico

Date _____
 Fecha