

**Please complete this medical information as it will help us learn more about your child and your family.**

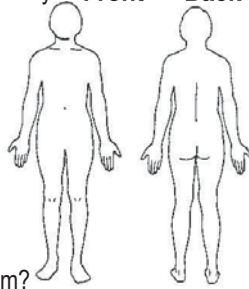
LAST NAME \_\_\_\_\_ FIRST NAME \_\_\_\_\_ TODAY'S DATE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AGE \_\_\_\_\_ SEX: MALE FEMALE

**CHIEF COMPLAINT**

What is the main reason for your visit today? **Front** **Back**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**HISTORY OF PROBLEM**

1. Draw on diagram  
 Location of the problem

2. When did you first notice the problem?  
 days ago weeks ago months ago years ago  
 Other \_\_\_\_\_

3. On a scale of 1-10 (with 1 being you never notice it and 10 being the most severe), circle the number you think best describes the problem  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Does anything make the problem worse? No Yes  
 moving around eating crying exercise  
 Other \_\_\_\_\_

5. Does anything make the problem better? No Yes  
 eating resting medication: Which? \_\_\_\_\_  
 Other \_\_\_\_\_

6. How long does the problem last?  
 minutes hours comes & goes always there  
 Other \_\_\_\_\_

7. Is anything else occurring with the problem?  
 No Yes If yes, what?  
 nausea vomiting pain redness drainage weight loss  
 Other \_\_\_\_\_

8. Does the problem interfere with normal functions of daily life?  
 No Yes If yes, please explain \_\_\_\_\_

**PAST MEDICAL HISTORY**

**BIRTH HISTORY**

Wt. \_\_\_\_\_ Lbs \_\_\_\_\_ Oz.

PREGNANCY COMPLICATIONS: No Yes

WAS CHILD BORN PREMATURELY: No Yes

IF YES HOW MANY WEEKS \_\_\_\_\_

Was there any problem with your baby at birth? No Yes

Does your child have any recurrent or chronic illness?  
 (Circle) asthma, GERD (reflux), diabetes, obesity, other \_\_\_\_\_

Are there bleeding problems or sickle cell anemia in the family  
 No Yes Who \_\_\_\_\_

List the child's hospitalizations, illnesses and/or surgeries and when they occurred. (may use back)

Illness or Surgery \_\_\_\_\_ Approximate Age \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

List all serious illnesses in parents or siblings and who has them.  
 Example: diabetes, tuberculosis, asthma, cancer, heart disease

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CURRENT MEDICATIONS:** \_\_\_\_\_

**ALLERGIES:**

ANTIBIOTICS: No or Yes Which ones: \_\_\_\_\_

FOODS: No or Yes Which ones: \_\_\_\_\_

OTHER MEDICINES: Which one: \_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY:**

Child Lives with: \_\_\_\_\_ School Grade: \_\_\_\_\_

Any Pets No Yes What kind? \_\_\_\_\_

Does child use alcohol? No Yes Tobacco? No Yes

Number of siblings \_\_\_\_\_ Ages \_\_\_\_\_

**REVIEW OF SYSTEMS (Child's General Condition)**

Basic Health: Good, no problems or (circle) chronic illness, fevers, chills, fatigue, weakness, decreased activity, night sweats, other \_\_\_\_\_

Eyes: No problems or (circle) recent vision problems, jaundice (yellow color), drainage, visual disturbances, other \_\_\_\_\_

Ears/Nose/Throat: No problems OR (circle) hearing problems, ear pain, nasal blockage, other \_\_\_\_\_

Respiratory: No problems OR cough, wheezing, shortness of breath, other \_\_\_\_\_

Heart: No problems OR (circle) heart murmur, pain, fainting, other \_\_\_\_\_

Gastrointestinal: No problems OR (circle) pain, nausea, vomiting, diarrhea, constipation, other \_\_\_\_\_

Urinary: No problems OR (circle) blood or pain with urination, change in urine stream, other \_\_\_\_\_

Blood/Lymphatics: No problem OR (circle) Bleeding/clotting problems, sickle cell anemia, swollen glands, other \_\_\_\_\_

Endocrine/Glands: No problem OR (circle) excessive thirst or hunger, hormone problems, thyroid disease, other \_\_\_\_\_

Immunologic: No problems OR chronic fevers, recurrent infections, other \_\_\_\_\_

Musculoskeletal: No problems OR (circle) trauma, joint deformity, other \_\_\_\_\_

Skin: No problems OR (circle) rashes, breakdown, lesions, other \_\_\_\_\_

Neurologic: No problems OR (circle) seizures, tremors, weakness, other \_\_\_\_\_

Psychologic: No problems OR (circle) irritability, sleep problems, anxiety, depression other \_\_\_\_\_

**DO NOT WRITE HERE! STAFF USE ONLY**

I have reviewed above information  
 Signature: \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por favor complete esta información médica que nos ayudará a aprender más acerca de su hijo y su familia.**

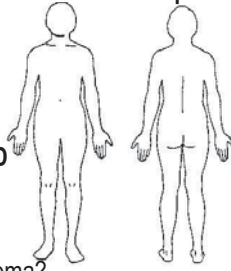
APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO : MASCULINO FEMENINO

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

Cuál es la razón principal de la visita de hoy? **Frente** **Espalda**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**HISTORIA DEL PROBLEMA DE SALUD**

1. Señale en el diagrama la localización del problema

2. Cuando notó por primera vez el problema?  
 Días Semanas Meses Años  
 Otro \_\_\_\_\_

3. En una escala del 1 al 10 (siendo 1 nunca lo había notado y 10 más severo) circule el número que mejor describe el problema  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Hay algo que haga empeorar el problema? No Si  
 moverse comer llorar ejercicio  
 Otro \_\_\_\_\_

5. Hay algo que ayude a aliviar el problema? No Si  
 comer descansar medicamento: Cuál? \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

6. Por cuánto tiempo dura el problema?  
 minutos horas va y viene constante  
 Otro \_\_\_\_\_

7. Hay algo más que ocurre con el problema?  
 No Si En caso afirmativo, qué?  
 náusea vómito dolor enrojecimiento supuración pérdida de peso  
 Otro \_\_\_\_\_

8. Interfiere éste problema con las actividades cotidianas?  
 No Si Por favor explique \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MEDICOS**

**HISTORIA DE NACIMIENTO**

Peso. \_\_\_\_\_ Lbs \_\_\_\_\_ Oz.  
 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO: No Si  
 NACIÓ EL BEBÉ PREMATURO: No Si  
 SI ES SI, DE CUÁNTAS SEMANAS \_\_\_\_\_  
 Tuvo algún problema el bebé al nacer? No Si

Tiene su hijo alguna enfermedad recurrente ó crónica?  
 (Circule): asma, reflujo gastroesofágico, diabetes, obesidad,  
 Otro \_\_\_\_\_

Hay algún familiar con problemas de sangramiento crónica?  
 No Si Quién \_\_\_\_\_

Mencione hospitalizaciones, enfermedades y/o cirujías que  
 haya tenido su hijo y cuándo ocurrieron. (puede utilizar la parte  
 detras)

Enfermedad ó Cirujía \_\_\_\_\_ Edad Aproximada \_\_\_\_\_

Mencione enfermedades serias de padres y hermanos; especifique quién las tiene. Ejemplo: diabetes, tuberculosis, asma, cáncer, enfermedad del corazón.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

ANTIBIÓTICOS: No Si Cuáles? \_\_\_\_\_

ALIMENTOS: No Si Cuáles? \_\_\_\_\_

OTROS MEDICAMENTOS: No Si Cuáles? \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

El paciente vive con: \_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_

Tiene mascotas? No Si Qué tipo? \_\_\_\_\_

Consumo alcohol? No Si Consume Cigarros? No Si

Número de hermanos \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_

**REVISION DE SISTEMAS (Condición General del Paciente)**

Salud general: Saludable, sin problemas ó (circule) enfermedad crónica, fiebres, resfriados, se cansa fácilmente, falta de fuerzas, disminución de actividad, sudoración nocturna, otro: \_\_\_\_\_

Ocular: Sin problemas ó (circule) recientes problemas de visión, ictericia (color amarillo), secreciones, trastornos visuales, otro: \_\_\_\_\_

Oídos, Nariz y Garganta: Sin problemas ó (circule) dolor, congestión nasal, otro: \_\_\_\_\_

Respiratorio: Sin problemas ó (circule) tos, silbido del pecho, dificultad al respirar, otro: \_\_\_\_\_

Cardíaco: Sin problemas, soplo cardíaco, dolor, desvanecimiento, otro: \_\_\_\_\_

Gastrointestinal: Sin problemas ó (circule) dolor, nausea, vómitos, diarrea, estreñimiento, otro: \_\_\_\_\_

Urinario: Sin problemas ó (circule) sangre ó dolor al orinar, cambio en el flujo de orina, otro: \_\_\_\_\_

Sanguíneo/Linfático: Sin problema, sangramiento/problemas de coagulación, anemia de células falciformes (sickle cell), inflamación de ganglios, otro: \_\_\_\_\_

Endocrino/Glandular: Sin problema ó (circule) sed ó hambre excesiva, problemas hormonales, enfermedad de las tiroides, otro: \_\_\_\_\_

Immunológico: Sin problemas ó (circule) fiebres crónicas, infecciones recurrentes, otro: \_\_\_\_\_

Músculo-Esquelético: Sin problemas ó (circule) trauma, deformidad de las coyunturas, otro: \_\_\_\_\_

Piel: Sin problemas ó (circule) erupción, desgarre, lesiones, otro: \_\_\_\_\_

Neurológico: Sin problemas ó (circule) convulsiones, temblores, desmayos, otro: \_\_\_\_\_

Sicológico: Sin problemas ó (circule) irritabilidad, problemas de insomnio, ansiedad, depresión, otro: \_\_\_\_\_

**NO ESCRIBA DEBAJO! PARA USO MEDICO SOLAMENTE:**

I have reviewed above information  
 Signature: \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_