

DESERT VALLEY PEDIATRICS
PEDIATRIC HISTORY

Date (La fecha) _____ Child's Name (Nombre del Niño/a) _____

Child's Date of Birth (Fecha de Nacimiento del Niño/a) _____

FAMILY HISTORY (HISTORIA MEDICA DE FAMILIA)

Mother's age/Mama edad _____ Brother's ages/Hermanos edad _____

Father's age/Papa edad _____ Sister's ages/Hermanas edad _____

Check if any blood relatives have or had any of the following (brothers, sisters, mom, dad, grandparents):
Marque los problemas que tienen los parientes del niño/a (hermanos, padres, tíos, abuelos):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies/Alergias | <input type="checkbox"/> Stroke/Derrame/embolio cerebral |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Kidney disease/Enfermedad de riñones |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis | <input type="checkbox"/> Learning problems/Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Liver disease/Enfermedad de hígado |
| <input type="checkbox"/> Birth defects/Defectos al nacimiento | <input type="checkbox"/> Sickle cell/Sicle cell |
| <input type="checkbox"/> Blood disorder/Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Lung disease/Enfermedad de pulmones |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Mental illness/Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mental retardation/Retardo mental |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure/Alta presión | <input type="checkbox"/> Seizures/Ataques re |
| <input type="checkbox"/> Heart murmur/Sopio del corazón | <input type="checkbox"/> Thyroid disease/Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Heart attack/Ataques cardíacos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> High cholesterol/Alto colesterol | |

BIRTH HISTORY (HISTORIA DE NACIMIENTO)

Gestational Age (gestacion edad) _____ weeks (semanas)
Birth Weight (Pesó en libras cuando nació) _____
Problems with pregnancy (Problemas con el embarazo)? _____
Problems with labor/delivery (Problemas con el parto)? _____
C-section delivery (Parto por cesarea) _____
Vaginal delivery (Parto vaginal) _____
Problems with baby after birth (El niño/a tuvo problemas después que nació)? _____

CHILDHOOD ILLNESS (ENFERMEDADES DEL NIÑO/A)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies/Alergias | <input type="checkbox"/> Heart problem/Enfermedad de corazón |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Seizures/Ataques |
| <input type="checkbox"/> Bladder infection/Infección de vejiga | <input type="checkbox"/> Skin problems/Problemas de piel |
| <input type="checkbox"/> Chicken pox disease/Enfermedad de Varicella | <input type="checkbox"/> Other/Otros problemas _____ |
| <input type="checkbox"/> Ear infections/Infecciones de oídos | |

HOSPITALIZATIONS OR SURGICAL PROCEDURES (HOSPITALIZACION O CIRUGIA)

Age (Edad)	Reason for hospitalization (Razón por hospitalización/cirugía)
_____	_____
_____	_____

Medication allergies/Alergias a medicinas: _____

Medications taken daily/Medicinas que toma regularmente: _____

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL

Marital status of parents/Estadocivil de los padres: Married/Casados
 Divorced/Divorciados
 Single Parent/Soltero/a

Does the child go to day care or preschool/Atiende su hijo/a al prekindergarten o guarderia? Yes/Si No

Does your child use a car seat or seat belt/Usa el niño cinturón de seguridad o silla del carro? Yes/Si No

Any smokers in the home/Fuma alguien en la casa? Yes/Si No

DEVELOPMENT/DESAROLLO)

Do you have any concerns about the following? (Por favor marque las preocupaciones que tiene Usted):

Behavior/Comportamiento _____

Eating habits/Alimentacion _____

Sleeping habits/Como duerme el niño/a _____

Discipline/Disciplina _____

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____