

INITIAL HISTORY QUESTIONNAIRE (CUESTIONARIO INICIAL)

Form Completed By: _____ **Date:** _____
(Forma completada por) *(fecha)*

Name of Patient _____ **SS#** _____
(Nombre del paciente) *(seguro social)*

Birth Date: _____ **Age** _____ **Male** _____ **Female** _____
(Fecha de nacimiento) *(Edad)* *(Hombre)* *(Mujer)*

HOUSEHOLD(HOGAR)

List all persons that live in your home at this time. *(Lista de todas las personas que viven en su hogar en este momento)*

NAME(NOMBRE)	RELATION TO PATIENT <i>(Relación con paciente)</i>	BIRTH DATE <i>(fecha de nacimiento)</i>	HEALTH PROBLEMS <i>(problemas de salud)</i>

Are there siblings not listed? If so, please list their names and ages and where they live
(Algún otro familiar o allegado que no esté en la lista? No Si, escriba la edad y lugar donde vive)

If mother and father are not living together or if the child does not live with parents. What is the child's custody status?
(Si los padres del niño(a) no viven juntos o si el niño(a) no vive con los padres, por favor, escriba quien tiene custodia de niño(a))

If one or both parents are not living in the home, how often does he/she see the parent not in the home?
(Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia no se ve el padre en el hogar?)

BIRTH HISTORY OF PATIENT (HISTORIA DE NACIMIENTO DE PACIENTE)

Birth weight *(Peso al nacer)* _____ Was the baby born at term? *(Nació el bebé a término?)* Yes *(Si)* No

Was baby born *(Fue recién nacido)* : Early *(temprano)* _____ Late *(tarde)* _____

If born early or late why? *(Si nació temprano o tarde por qué?)* _____

Was the birth *(como fue el parto)*: Normal C-section *(Cesarea)*

If C-section, explain why? *(si fue cesarea explique por qué)* _____

If early, how many weeks' gestation? (Si fue prematuro, ¿cuántas semanas de gestación?)

Did mother have any illness or problem with her pregnancy? (¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con su embarazo?) Yes (Si) No Explain (explique): _____

During pregnancy, did mother (Durante el embarazo, hizo la madre lo siguiente):

Smoke (fumó): Yes (Si) No **Drink Alcohol (Beber licor):** Yes (Si) No
Drugs (drogas): Yes (Si) No **Medications (medicamentos):** Yes (Si) No

If yes, to any of these (En caso afirmativo, a cualquiera de estas): What (qué): _____
When (cuándo): _____

Did your baby have any problems right after birth? (¿Su bebé tiene algún problema inmediatamente después del nacimiento)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

Was Initial feeding (¿Cuál fue la alimentación inicial) Breast? (Pecho) Bottle? (Botella)

Did your baby go home with mother from the hospital? (¿Su bebé fue a casa con la madre desde el hospital)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

GENERAL

Do you consider your child to be in good health? (¿Considera usted que su hijo esté en buen estado de salud)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

Does your child have any serious illness or medical condition? (¿Su hijo tiene alguna enfermedad grave o una enfermedad médica)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

Has your child had serious injuries or accidents? (Su hijo ha tenido lesiones graves o accidentes)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

Has your child had any surgery? (Ha tenido su hijo alguna cirugía)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

Has your child ever been hospitalized? (Su niño ha sido hospitalizado)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

Is your child allergic to any medicines or drugs? (Es su niño alérgico a algún medicamento o drogas)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

DEVELOPMENT (DESARROLLO)

Are you concerned about your child's physical development? (¿Está preocupado por el desarrollo físico de su hijo)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

Are you concerned about your child's mental or emotional development? (¿Está preocupado por el desarrollo mental o emocional de su hijo)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

Are you concerned about your child's attention span? (Le preocupa la capacidad de atención de su hijo)
 Yes (Si) No Explain (explique): _____

IF YOUR CHILD IS IN SCHOOL (SI SU HIJO ESTÁ EN LA ESCUELA) :

How is your child behavior in school? (¿Cómo es el comportamiento del niño en la escuela)
Explain (Explique): _____

Has your child failed or repeated a grade in school? (*¿Su niño ha fallado o repetido un grado en la escuela?*)

Yes (Si) No Explain (*explique*): _____

How is your child doing in academic subjects? (*¿Cómo es su hijo haciendo en las materias académicas?*)

Explain (*explique*): _____

Is your child in special or resource classes? (*¿Está su hijo en clases especiales o de recursos?*)

Yes (Si) No Explain (*explique*): _____

PAST HISTORY (HISTORIA DEL PASADO)

Does your child have or had (¿Su hijo tiene o ha tenido):

Chickenpox (*Varicela*) Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Frequent ear infections (*Infecciones frecuentes del oído*) Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Problems with ears or hearing (*Problemas con las orejas o el oído*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Nasal allergies (*Alergias nasales*) Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Problems with eyes or vision (*Problemas con los ojos o la visión*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Asthma, bronchitis, bronchiolitis, or pneumonia (*Asma, bronquitis, bronquiolitis o pulmonía*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Any heart problem or heart murmur (*Cualquier enfermedad del corazón o soplo cardíaco*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Anemia or bleeding problem (*La anemia o sangrado*) Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Blood transfusion (*Transfusión de sangre*) Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Frequent abdominal pain (*dolor abdominal frecuente*) Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Constipation requiring doctor visits (*Estreñimiento que requieren visitas al médico*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Bladder or kidney infection (*La vejiga o infección en los riñones*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Bed-wetting (after 5 years old) (*Mojar la cama (después de 5 años de edad)*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

(For girls) has she started her menstrual periods? (*(Para niñas) ha iniciado su período menstrual?*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

(For girls) are there problems with her periods? (*(Para niñas) hay problemas con sus períodos menstruales*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Any chronic or recurrent skin problems(acne, eczema, etc)(*Cualquier crónicos o recurrentes problemas de la piel (acné, eczema, etc)*)
 Yes (Si) No Explain(*explique*): _____

Frequent headaches (*Dolores de cabeza frecuentes*) Yes (*Si*) No Explain(*explique*): _____

Convulsions or other neurological problems (*Convulsiones u otros problemas neurológicos*)
 Yes (*Si*) No Explain(*explique*): _____

Diabetes (*Diabetes*) Yes (*Si*) No Explain(*explique*): _____

Thyroid or other endocrine problems (*La tiroides u otros problemas endocrinos*)
 Yes (*Si*) No Explain(*explique*): _____

Any other significant problems (*Cualquier otro problems significantes*)
 Yes (*Si*) No Explain(*explica*): _____

Use of alcohol or drugs (*El uso de alcohol o drogas*) Yes (*Si*) No Explain(*explique*): _____

FAMILY HISTORY (HISTORIA DE LA FAMILIA)

Have any family members had the following: (¿Alguien en su familia tuvo o tiene la siguiente)

Deafness(*Sordera*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Nasal allergies(*Alergias nasales*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Asthma(*Asma*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Tuberculosis(*Tuberculosis*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Heart disease (before 50 years old) (*Las enfermedades del corazón (antes de los 50 años de edad)*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

High blood pressure (before 50 years old) (*Presión arterial alta (antes de los 50 años de edad)*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

High cholesterol(*Niveles altos de colesterol*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Anemia Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Bleeding disorder(*Sangrado trastorno*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Liver disease(*Enfermedad hepática*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Kidney disease(*Enfermedad de los riñones*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Diabetes (before 50 years old) (*Diabetes (antes de los 50 años de edad)*) Yes (*Si*) No
Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Bed-wetting (after 10 years old) (*Mojar la cama (después de 10 años de edad)*)

Yes (*Si*) No

Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Epilepsy or convulsions (*La epilepsia o convulsiones*)

Yes (*Si*) No

Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Alcohol abuse (*Abuso del alcohol*)

Yes (*Si*) No

Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Drug abuse (*Abuso de drogas*)

Yes (*Si*) No

Who(*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Mental Illness(*Enfermedad Mental*)

Yes (*Si*) No

Who(*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Mental Retardation (*Retraso Mental*)

Yes (*Si*) No

Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Immune problems, HIV or AIDS (*Inmune problemas, el VIH o el SIDA*)

Yes (*Si*) No

Who (*Quién*)/Comments(*Comentarios*): _____

Additional family History (*Historial de la familia adicional*):

