



**PEDIATRIC HEALTH HISTORY – MALE 9-17**  
(HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA – VARÓN 9-17)

First Name (Nombre):	Last Name (Apellido):
----------------------	-----------------------

**NOTE:** This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. *(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)*

Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad):	Preferred Language (Idioma Preferido):
----------------------------------	--

**MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)**

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>ADD/ADHD</b> (Trastorno por déficit atención con hiperactividad)			<b>Chicken pox</b> (Varicella)			<b>HIV/AIDS</b> (VIH/SIDA)		
<b>Allergies</b> (Alergias)			<b>Concussion</b> (Conmoción cerebral)			<b>Inflammatory bowel disease</b> (Enfermedad inflamatoria del intestino)		
<b>Anxiety</b> (Ansiedad)			<b>Constipation</b> (Estreñimiento)			<b>Pneumonia</b> (Neumonía)		
<b>Asthma</b> (Asma)			<b>Diabetes mellitus</b> (Diabetes mellitus)			<b>Scoliosis</b> (Escoliosis)		
<b>Bed wetting</b> (Moja la cama)			<b>Eating disorders</b> (Trastorno de alimentación)			<b>Seizures</b> (Convulsiones)		
<b>Bladder or kidney infection</b> (Infección de la vejiga o riñón)			<b>Emotional concerns</b> (Problemas emocionales)			<b>Sickle cell anemia</b> (La anemia de células falciformes)		
<b>Broken bones</b> (Huesos rotos)			<b>Headaches</b> (Dolor de cabeza)			<b>Sickle cell trait</b> (Rasgo de células falciformes)		
<b>Cancer</b> (Cáncer)			<b>Heart murmur</b> (Soplo (murmullo) cardíaco)			<b>Weight problems</b> (Problemas de peso)		

Other medical history (Otro historial medico):

**SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS - CIRUGIAS)**

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>Adenoidectomy</b> (Adenoidectomía)			<b>Fracture Surgery</b> (Cirugía por fractura)			<b>Inguinal hernia</b> (Hernia inguinal)		
<b>Appendectomy</b> (Apendectomía)			<b>Gastrostomy</b> (Gastrostomía)			<b>Lymph node biopsy</b> (Biopsia del ganglio linfático)		
<b>Cosmetic Surgery</b> (Cirugía estética)			<b>Heart surgery</b> (Cirugía de corazón)			<b>Tonsillectomy</b> (Amigdalectomía)		
<b>Ear tubes</b> (Tubos en los oídos)								

Other surgical history (otros antecedentes quirúrgicos (cirugias)):

**FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)**

Relationship (Relación)	Alcohol/Drug (Alcohol/Drogas)	Arthritis (Artritis)	Asthma (Asma)	Autism spectrum (Espectro del Autismo)	Birth Defects (Defectos de Nacimiento)	Cancer (Cáncer)	Depression (Depresión)	Diabetes (Diabetes)	Drug abuse (Abuso de Drogas)	Early death (Muerte Temprana)	Hearing loss (Pérdida Auditiva)	Heart disease (Enfermedad del Corazón)	High Cholesterol (Hiperlipidemia)	High Blood Pressure (Alta presión arterial)	Kidney disease (Enfermedad del riñón)	Learning disability (Discapacidad de Aprendizaje)	Mental illness (Enfermedad mental)	Miscarriages (Abortos Espontáneos)	Seizures (Convulsiones)	Stroke (Derrame cerebral)	Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)	Vision loss (Pérdida de Vista)	
<b>Mother</b> (Madre)																							
<b>Father</b> (Padre)																							
<b>Sister</b> (Hermana)																							
<b>Brother</b> (Hermano)																							

**FAMILY HISTORY cont. (ANTECEDENTES FAMILIARES)**

Relationship (Relación)	Alcohol/Drug (Alcohol/Drogas)	Arthritis (Artritis)	Asthma (Asma)	Autism spectrum (Espectro del Autismo)	Birth Defects (Defectos de Nacimiento)	Cancer (Cáncer)	Depression (Depresión)	Diabetes (Diabetes)	Drug abuse (Abuso de Drogas)	Early death (Muerte Temprana)	Hearing loss (Pérdida Auditiva)	Heart disease (Enfermedad del Corazón)	High Cholesterol (Hiperlipidemia)	High Blood Pressure (Alta presión arterial)	Kidney disease (Enfermedad del riñón)	Learning disability (Discapacidad de Aprendizaje)	Mental illness (Enfermedad mental)	Miscarriages (Abortos Espontáneos)	Seizures (Convulsiones)	Stroke (Derrame cerebral)	Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)	Vision loss (Pérdida de Vista)	
Maternal Aunt (Tía materna)																							
Maternal Uncle (Tío materno)																							
Paternal Aunt (Tía Paterna)																							
Paternal Uncle (Tío Paterno)																							
Maternal Grandmother (Abuela Materna)																							
Maternal Grandfather (Abuelo Materno)																							
Paternal Grandmother (Abuela Paterna)																							
Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)																							

Additional Relatives (Parientes Adicionales):


Adopted (Adoptado/a)

**SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)**

Tobacco Use (Uso del tabaco):  Never (nunca)  Yes (Sí)  No      Packs per day (Paquetes por día):  .25  .5  1  1.5  2  3  \_\_\_\_

Years of use (Años de uso):  .5  1  2  3  4  5  10  15  \_\_\_\_      Quit date (mm/dd/yyyy) (mm/dd/año):  
(Fecha de cuando dejó de usarlo)

Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar):      Quit date (mm/dd/yyyy) (mm/dd/año):  
(Fecha de cuando dejó de usarlo)

Ready to Quit:  Yes (Sí)  No      Counseling given:  Yes (Sí)  No  
(Preparado/a para dejar de fumar y/o dejar de usar el Tabaco de mascar)      (Recibió asesoramiento/consejería)

Alcohol Use (Uso de Alcohol):  Yes (Sí)  No      Comment (Comentario):

<b>Drinks/Week:</b> _____ glasses of wine (copas de vino) (Bebidas/Semana) _____ cans of beer (latas/botes de cerveza) _____ shots of liquor (tragos de licor) _____ drinks containing 0.5 oz of alcohol (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)	<b>Alcohol/Week (Alcohol/Semana):</b>
--	---------------------------------------

Drug Use (Uso de Drogas):  Yes (Sí)  No      Comment (Comentario) :

<b>Use/Week:</b> _____ (Uso/Semana)	<b>Types: (Tipo)</b> <input type="checkbox"/> Amphetamines <input type="checkbox"/> Amyl nitrate <input type="checkbox"/> Anabolic steroids <input type="checkbox"/> Barbituates <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> "Crack" cocaine <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Codeine <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Flunitrazepam <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/> Hashish <input type="checkbox"/> Heroin <input type="checkbox"/> Hyarccoaoone <input type="checkbox"/> Hyoromorphone <input type="checkbox"/> Ketamine <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy) <input type="checkbox"/> Mescaline <input type="checkbox"/> Methamphetamines <input type="checkbox"/> Methaqualone <input type="checkbox"/> Methylphenidate <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Nitrous oxide <input type="checkbox"/> Opium <input type="checkbox"/> Oxycodone <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Psilocybin <input type="checkbox"/> Solvent inhalants <input type="checkbox"/> Other _____
--	---

Sexual Activity (Actividad Sexual):  Yes (Sí)  No  Not Currently (No Actualmente)      Comment (comentario):

Partners (Compañero/a(s); Pareja):  Male (Hombre)     Female (Mujer)

Birth Control / Protection: (Método Anticonceptivo/Protección)

<input type="checkbox"/> Abstinence (Abstinencia) <input type="checkbox"/> Implant (Implante) <input type="checkbox"/> Patch (Parche) <input type="checkbox"/> Surgical (Cirugía)	<input type="checkbox"/> Injction (Inyección) <input type="checkbox"/> Post-menopausal (Posmenopausea) <input type="checkbox"/> Other (Otro)	<input type="checkbox"/> Coitus interruptus (Coito interrumpido) <input type="checkbox"/> Inserts (Cápsulas anticonceptivas vaginales) <input type="checkbox"/> Rhythm (Ritmo) <input type="checkbox"/> None (Nada)	<input type="checkbox"/> Condom (Condón) <input type="checkbox"/> IUD (Dispositivo intrauterino) <input type="checkbox"/> Spermicide (Un espermicida)	<input type="checkbox"/> Diaphragm (Diafragma) <input type="checkbox"/> OCP (Píldora anticonceptiva oral) <input type="checkbox"/> Sponge (Esponja)
--	--	--	---	---

Comment (comentario):