

PEDIATRIC HEALTH HISTORY – MALE UNDER 9 YRS
(HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA – NIÑO MENOR DE 9 AÑOS)



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. <i>(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.)</i>	Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad): _____	Preferred Language (Idioma Preferido): _____
---	---	---

BIRTH HISTORY (ANTECEDENTES DE NACIMIENTO)

Birth Information (Información sobre el nacimiento)

Birth length: (Longitud al nacer) _____	Birth weight: (Peso al nacer) _____	Birth head circumference: (Circunferencia de la cabeza al nacer) _____
Discharge weight: (Peso al salir de alta del hospital) _____	Gestational age: (Edad gestacional) _____	Delivery method: (Método de parto) _____
Duration of labor: (Duración del parto) _____	Breech: (Podálico, nació de nalgas, posición de bebé sentado) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	

Hospital Information (Información del Hospital)

Days in hospital: (Días en el hospital) _____	Hospital name: (Nombre del hospital) _____	Hospital location: (Locación del hospital) _____
---	--	--

Additional Comments (Comentario adicionales): _____

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
ADD/ADHD (Trastorno por déficit atención con hiperactividad)			Development issues (cuestiones de desarrollo)			Inflammatory bowel disease (enfermedad inflamatoria del intestino)		
Allergies (alergias)			Diabetes mellitus (diabetes mellitus)			Meningitis (meningitis)		
Asthma (asma)			Eczema (eccema)			Otitis media – ear infection (la otitis media – infección del oído)		
Bed wetting (moja la cama)			Emotional concerns (problemas emocionales)			Pneumonia (neumonía)		
Bladder or kidney infection (infección de la vejiga o riñón)			Fractures (fracturas)			Seizures (convulsiones)		
Cancer (cáncer)			Headaches (dolor de cabeza)			Sickle cell anemia (anemia de células falciformes)		
Chicken pox (varicella)			Hearing Loss (pérdida auditiva/oir)			Sickle cell trait (rasgo de células falciformes)		
Concussion (conmoción cerebral)			Heart murmur (soplo (murmullo) cardiaco)			Sleep issues (problemas de dormir)		
Constipation (estreñimiento)			HIV/AIDS (VIH/SIDA)			Vision problems (problemas de la vista)		
Other medical history (Otro historial medico): _____						Weight problems (problemas de peso)		

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS - CIRUGIAS)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Adenoidectomy (adenoidectomía)			Ear tubes (tubos en los oídos)			Orchiopexy (orquiopexia)		
Appendectomy (apendectomía)			Gastrostomy (gastrostomía)			Tonsillectomy (amigdalectomía)		
Circumcision (circuncisión)			Heart surgery (cirugía de corazón)			Umbilical hernia (hernia umbilical)		
Cleft lip (labio leporino)			Inguinal hernia (hernia inguinal)			VP shunt (shunt VP)		
Cleft palate (paladar hendido)								

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)	
Mother (Madre)																							
Father (Padre)																							
Sister (Hermana)																							
Brother (Hermano)																							
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)

PASSIVE SMOKE – exposure to people who smoke (FUMADOR PASIVO – humo de segunda mano)

Tobacco Use (uso del tabaco): <input type="checkbox"/> Never (nunca) <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No		Packs per day (paquetes por día): <input type="checkbox"/> .25 <input type="checkbox"/> .5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ____	
Years of use (años de uso): <input type="checkbox"/> .5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> ____		Quit date (fecha de cuando dejó de usarlo): (mm/dd/yyyy) (mm/dd/año):	
If you answered "Yes" (Si marco que Si): <input type="checkbox"/> Smokes inside (fuma adentro) <input type="checkbox"/> Smokes outside only (fuma afuera solamente)			
Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar):		Quit date (fecha de cuando dejó de usarlo): (mm/dd/yyyy) (mm/dd/año):	
Ready to Quit: <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (preparado/a para dejar de fumar y/o dejar de usar el Tabaco de mascar)		Counseling given: <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (recibió asesoramiento/consejería)	
Comment (comentario):			