



**PEDIATRIC HEALTH HISTORY – FEMALE UNDER 9 YRS**  
(HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA – NIÑA MENOR DE 9 AÑOS)

<b>First Name (Nombre):</b> _____	<b>Last Name (Apellido):</b> _____
-----------------------------------	------------------------------------

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

**If you completed your Pediatric Health History questionnaire in MyChart, answer only the questions in the gray box.**  
**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 algas, posición de bebé sentado)   
  Yes (Sí)     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
<b>ADD/ADHD</b> (Trastorno por déficit atención con hiperactividad)			<b>Development issues</b> (cuestiones de desarrollo)			<b>Inflammatory bowel disease</b> (enfermedad inflamatoria del intestino)		
<b>Allergies</b> (alergias)			<b>Diabetes mellitus</b> (diabetes mellitus)			<b>Meningitis</b> (meningitis)		
<b>Asthma</b> (asma)			<b>Eczema</b> (eccema)			<b>Otitis media – ear infection</b> (la otitis media – infección del oído)		
<b>Bed wetting</b> (moja la cama)			<b>Emotional concerns</b> (problemas emocionales)			<b>Pneumonia</b> (neumonía)		
<b>Bladder or kidney infection</b> (infección de la vejiga o riñón)			<b>Fractures</b> (fracturas)			<b>Seizures</b> (convulsiones)		
<b>Cancer</b> (cáncer)			<b>Headaches</b> (dolor de cabeza)			<b>Sickle cell anemia</b> (anemia de células falciformes)		
<b>Chicken pox</b> (varicela)			<b>Hearing Loss</b> (pérdida auditiva/oir)			<b>Sickle cell trait</b> (rasgo de células falciformes)		
<b>Concussion</b> (conmoción cerebral)			<b>Heart murmur</b> (soplo (murmullo) cardiaco)			<b>Sleep issues</b> (problemas de dormir)		
<b>Constipation</b> (estreñimiento)			<b>HIV/AIDS</b> (VIH/SIDA)			<b>Vision problems</b> (problemas de la vista)		
<b>Other medical history (Otro historial medico):</b> _____						<b>Weight problems</b> (problemas de peso)		

**SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES CIRUGIAS)**

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>Adenoidectomy</b> (adenoidectomía)			<b>Ear tubes</b> (tubos en los oídos)			<b>Tonsillectomy</b> (amigdalectomía)		
<b>Appendectomy</b> (apendectomía)			<b>G-tube</b> (tubo PEG)			<b>Umbilical hernia</b> (hernia umbilical)		
<b>Cleft lip</b> (labio leporino)			<b>Heart surgery</b> (cirugía de corazón)			<b>VP shunt</b> (shunt VP)		
<b>Cleft palate</b> (paladar hendido)			<b>Inguinal hernia</b> (hernia inguinal)					

**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/Still births (Abortos Espontáneos/mortinatos)	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)**

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