



PEDIATRIC HEALTH HISTORY – FEMALE UNDER 9 YRS

(TIỀN SỬ SỨC KHỎE TRẺ EM – NỮ DƯỚI 9 TUỔI)

First Name (Tên):	Last Name (Họ):
-------------------	-----------------

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. *(Biểu mẫu này cung cấp thông tin về tiền sử chăm sóc sức khỏe của bạn, được bảo mật và là một phần trong hồ sơ y tế của bạn. Nếu bạn không hiểu một câu hỏi hoặc từ nào đó, vui lòng yêu cầu hỗ trợ)*

Race/Ethnicity
(Chủng tộc/Dân tộc):

Preferred Language
(Ngôn ngữ ưa thích):

If you completed your Pediatric Health History questionnaire in MyChart, answer only the questions in the gray box.

BIRTH HISTORY (TIỀN SỬ SINH ĐẸ)

Birth Information (Thông tin sinh đẻ)

Birth length:
(Chiều dài khi sinh) _____

Birth weight:
(Cân nặng khi sinh) _____

Birth head circumference:
(Chu vi vòng đầu khi sinh) _____

Discharge weight:
(Cân nặng khi ra viện) _____

Gestational age:
(Tuổi thai) _____

Delivery method:
(Phương pháp sinh) _____

Duration of labor:
(Thời gian chuyển dạ) _____

Breech:
(Sinh ngược) ☐ Yes (Có) ☐ No (Không)

Hospital Information (Thông tin bệnh viện)

Days in hospital:
(Số ngày ở bệnh viện) _____

Hospital name:
(Tên bệnh viện) _____

Hospital location:
(Địa chỉ bệnh viện) _____

Additional Comments (Nhận xét thêm):

MEDICAL HISTORY (TIỀN SỬ BỆNH)

Diagnosis (Chẩn đoán)	Yes (Có)	No (Không)	Diagnosis (Chẩn đoán)	Yes (Có)	No (Không)	Diagnosis (Chẩn đoán)	Yes (Có)	No (Không)
ADD/ADHD (Rối loạn thiếu tập trung/rối loạn tăng động giảm chú ý (ADD/ADHD))			Development issues (Vấn đề phát triển)			Inflammatory bowel disease (Bệnh viêm ruột)		
Allergies (Dị ứng)			Diabetes mellitus (Đái tháo đường)			Meningitis (viêm màng não)		
Asthma (Hen suyễn)			Eczema (Bệnh chàm)			Otitis media – ear infection (Viêm tai giữa – nhiễm trùng tai)		
Bed wetting (Đái dầm)			Emotional concerns (Vấn đề về cảm xúc)			Pneumonia (Viêm phổi)		
Bladder or kidney infection (Nhiễm trùng bàng quang hoặc thận)			Fractures (Gãy xương)			Seizures (Động kinh)		
Cancer (Ung thư)			Headaches (Đau đầu)			Sickle cell anemia (Thiếu máu hồng cầu hình lưỡi liềm)		
Chicken pox (Thủy đậu)			Hearing Loss (Mất thính giác)			Sickle cell trait (Đặc điểm tế bào hình lưỡi liềm)		
Concussion (Chấn động)			Heart murmur (Tiếng thổi ở tim)			Sleep issues (Vấn đề khi ngủ)		
Constipation (Táo bón)			HIV/AIDS (HIV/AIDS)			Vision problems (Vấn đề về thị giác)		
Other medical history (Tiền sử bệnh khác):						Weight problems (Vấn đề về cân nặng)		

SURGICAL HISTORY (TIỀN SỬ PHẪU THUẬT)

Diagnosis (Chẩn đoán)	Yes (Có)	No (Không)	Diagnosis (Chẩn đoán)	Yes (Có)	No (Không)	Diagnosis (Chẩn đoán)	Yes (Có)	No (Không)
Adenoidectomy (Nạo sùi vòm họng)			Ear tubes (Đặt ống thông khí màng nhĩ)			Tonsillectomy (Phẫu thuật cắt amidan)		
Appendectomy (Phẫu thuật ruột thừa)			G-tube (Đặt ống thông dạ dày)			Umbilical hernia (Thoát vị rốn)		
Cleft lip (Sứt môi)			Heart surgery (Phẫu thuật tim)			VP shunt (Dẫn lưu não thất - ổ bụng)		
Cleft palate (Hở hàm ếch)			Inguinal hernia (Thoát vị bẹn)					

Other surgical history:
(Tiền sử phẫu thuật khác)

FAMILY HISTORY (TIỀN SỬ GIA ĐÌNH)

Relationship (Quan hệ)	Alcohol/Drug (Chất có cồn/Chất gây nghiện)	Arthritis (Viêm khớp)	Asthma (Hen suyễn)	Autism spectrum (Phổ tự kỷ)	Birth Defects (Khuyết tật bẩm sinh)	Cancer (Ung thư)	Depression (Trầm cảm)	Diabetes (Tiểu đường)	Drug abuse (Lạm dụng chất gây nghiện)	Early death (Tử vong sớm)	Hearing loss (Mất thính giác)	Heart disease (Bệnh tim)	High Cholesterol (Cholesterol cao)	High Blood Pressure (Huyết áp cao)	Kidney disease (Bệnh thận)	Learning disability (Khuyết tật học tập)	Mental illness (Bệnh tâm thần)	Miscarriages/Still births (Xảy thai/Thai chết lưu)	Seizures (Động kinh)	Stroke (Đột quỵ)	Thyroid disease (Bệnh tuyến giáp)	Vision loss (Mất thị lực)
Mother (Mẹ)																						
Father (Bố)																						
Sister (Chị em gái)																						
Brother (Anh em trai)																						
Maternal Aunt (Cô/Bác gái bên ngoại)																						
Maternal Uncle (Chú/Bác trai bên ngoại)																						
Paternal Aunt (Cô/Bác gái bên nội)																						
Paternal Uncle (Chú/Bác trai bên nội)																						
Maternal Grandmother (Bà ngoại)																						
Maternal Grandfather (Ông ngoại)																						
Paternal Grandmother (Bà nội)																						
Paternal Grandfather (Ông nội)																						
Additional Relatives (Họ hàng khác):																						

Adopted (Được nhận nuôi) ☐

PASSIVE SMOKE – exposure to people who smoke (HÚT THUỐC GIÁN TIẾP – tiếp xúc với những người hút thuốc lá)

Tobacco Use (Sử dụng thuốc lá): ☐ Never (Không bao giờ) ☐ Yes (Có) ☐ No (Không)		Packs per day (Số bao hút mỗi ngày): ☐ .25 ☐ .5 ☐ 1 ☐ 1.5 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ____	
Years of use (Số năm sử dụng): ☐ .5 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ ____		Quit date (Ngày cai thuốc): (mm/dd/yyyy) (tháng/ngày/năm):	
If you answered “Yes” (Nếu bạn trả lời “Có”): ☐ Smokes inside (Hút trong nhà) ☐ Smokes outside only (Chỉ hút ngoài trời)			
Smokeless Tobacco (Thuốc lá không khói):		Quit date (Ngày cai thuốc): (mm/dd/yyyy) (tháng/ngày/năm):	
Ready to Quit: ☐ Yes (Có) ☐ No (Không) (Sẵn sàng cai thuốc)		Counseling given: ☐ Yes (Có) ☐ No (Không) (Đã được tư vấn)	
Comment (Nhận xét):			