



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): _____		
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 nalgas, 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
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)			G-tube (tubo PEG)			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/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)

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 (fecha de cuando dejó de usarlo): (mm/dd/yyyy) (mm/dd/año):
If you answered “Yes” (Si marco que Si): ☐ Smokes inside (fuma adentro) ☐ 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: ☐ Yes (Sí) ☐ No (preparado/a para dejar de fumar y/o dejar de usar el Tabaco de mascar)	Counseling given: ☐ Yes (Sí) ☐ No (recibió asesoramiento/consejería)
Comment (comentario):	