Initial History Questionnaire
Cuestionario de la Historia Inicial

Patient Name
Nombre del Paciente

Preferred Language
Idioma

Form Completed by
Formulario Completado por

Date
La Fecha

Birth Date
Fecha de Nacimiento

Age
Edad

M F

Household/Perfil de la Familia

Please list all those living in the child's home
Por favor, nombre todos los que viven en el hogar del niño

Name/Nombre	Relationship/Relacion	Birth Date/ Fecha de Nacimiento	Health Problems/Problemas de Salud

Are there siblings not listed? If so, list their names, ages, and where they live.
Si los hermanos no estan en la lista, ponga los nombres y edades y lugar donde viven.

If mother and father are not living together, what is the child's custody status?
Si la madre y el padre no están viviendo juntos, ¿cuál es el estado de custodia del niño?

Birth History/Informacion Sobre el Nacimiento

Birth Weight _____ Discharge Weight _____
Peso de Nacimiento Peso al salir del hospital

Was the baby born at term? _____ Early? _____ Late? _____
¿El bebe nacio a tiempo? ¿Prematuro? ¿Tarde?

If so, how many weeks gestation (edad gestacional)? _____

Did mother have any illness or problems with her pregancy?
¿Tuvo la madre alguna enfermedad o problema con su embarazo?

___ Yes/Si ___ No
Explain/Explica_____
During pregnancy, did mother/Durante el embarazo, lo hizo la madre
Smoke/Fumar __ Yes/Si __ No Drink alcohol/Beber alcohol __Yes/Si __ No
Use drugs or medications/Uso drogas o medicamentos __ Yes/Si __ No
What/Que _____

When/Cuando _____

Was the delivery/Fue la entrega ___ Vaginal? ___ Cesarean?

If Cesarean, why?/Por Que_____

Did your baby have any problems right after birth? ___ Yes/Si ___ No
¿El bebe tuvo algun problema al nacer?

Explain/Explica _____

Did your baby go home with mother from the hospital? ___ Yes/Si ___ No
¿El bebe fue a casa el mismo dia que la madre salio del hospital?

Explain/Explica _____

General

Do you consider your child to be in good health? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica _____
¿Considera que su nino goza de buena salud?

Does your child have any serious illness or medical conditions? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica _____
¿Tiene su hijo alguna enfermedad grave o condiciones medicas?

Has your child had serious injuries or accidents? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica _____
¿Su hijo ha tenido graves lesiones o accidentes?

Has your child had any surgery?/¿Su hijo ha tenido alguna cirugía? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica _____

Has your child ever been hospitalized?/¿Su hijo ha sido hospitalizado? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica _____

Is your child allergic to any medicines or drugs? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica _____
¿Es el niño alérgico a algún medicamento o medicamentos?

Development/Desarollo

Are you concerned about your child's physical development? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____
¿Está preocupado por el desarrollo físico de su hijo?

Are you concerned about your child's mental or emotional development? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____
¿Está preocupado por el desarrollo mental o emocional de su hijo?

Are you concerned about your child's attention span? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____
¿Está preocupado por la capacidad de atención de su hijo?

If your child is in school/Si su hijo está en la escuela:

Are you concerned about his/her behavior in school? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____
¿Está preocupado por su / su comportamiento en la escuela?

Is he/she in special or resource classes? ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____
¿Esta él / ella en clases especiales o de recursos?

Family History (Antecedentes Familiares)

Have any family members had the following:
Tiene ningún miembros de la familia tenían la siguiente:

Deafness (Sordera temprana) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Nasal Allergies (Alergias nasal) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Asthma (Asma) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Cystic Fibrosis (Fibrosis Quística) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Heart disease before 50 years old
(Enfermedad del corazon antes de los 50 anos) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

High blood pressure before 50 years old
(Alta presion antes de los 50 anos) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Anemia (Irregularidades en la sangre) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Liver disease (Enfermedad del higado) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Kidney disease (Enfermedad del rinon) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Diabetes ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Bedwetting (Problemas mojando la cama) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Epilepsy or convulsions(Epillepsia/Ataques) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Alcohol abuse (Alcoholismo) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Drug abuse (Problema de drogas) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Mental illness (Enfermedad mental) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Developmental disorders (Trastornos del desarrollo) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Immune problems, HIV, AIDS (VIH, SIDA) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Additional family history (Mas antecedentes familiares) _____

Past History (Historia Pasada)

Does your child have, or has he/she ever had:
Tiene su hijo, o ha tenido:

Chickenpox (Varicella) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Frequent ear infections (Infecciones de oidos frequentes) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Problems with ears or hearing (Perdida auditiva) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Nasal allergies (Alergias nasales) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Problems with eyes or vision (Problemas de vision) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Asthma, bronchitis, bronchiolitis, or pneumonia
(Asma, bronchitis, bronchiolitis, o neumonia) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Any heart problem or heart murmur
(Problemas o soplo en el corazon) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Anemia or bleeding problem
(Anemia or irregularidades en la sangre) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Blood transfusion (Transfusion de sangre) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Frequent abdominal pain (Dolor abdominal frecuente) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Constipation requiring doctor visits
(Estreñimiento que requiere visitas al médico) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Bladder or kidney infection (Infectionas urinarias) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Bed-wetting (Problemas mojando la cama) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

(For girls) Has she started her menstrual periods?
(Para las niñas, ha empezado sus períodos menstruales?) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

(For girls) Are there problems with her periods?
(Para las niñas, hay problemas con sus períodos?) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Any chronic or recurrent skin problems (acne, eczema, etc)
(Problemas de la piel) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Frequent headaches (Dolores de cabeza frecuentes) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Convulsions or other neurologic problem (Epillepsia/Attaques) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Diabetes or thyroid problems (Diabetes or problemas de tiroides) ___ Yes/Si ___ No Explain/Explica_____

Any other significant problems (Otros problemas significativos) _____