2024 Annual Medical and Family History (Antecedentes médicos y familiares)

Patient's Name_____ Date of Birth_____ Today's Date_____

(Nombre del paciente) (fecha de nacimiento) (Fecha)

Parents/Guardians' Names and Emails (Nombres y correos electrónicos de los padres/tutores)

_____ Email _____

_____ Email _____

Allergies/Reactions to medications, food, or vaccines _____
(Alergias/Reacciones a medicamentos, alimentos o vacunas _____

Delivery and Birth History (Historial de partos y nacimientos)

- How was the patient delivered? (¿Cómo nació el paciente?)

☐ Vaginal (Vaginal) ☐ Caesarean (Cesárea) ☐ Adoption (Adopción) ☐ Other (Otro)

- If known, how old was the birth mother at time of delivery?
(Si se sabe, ¿qué edad tenía la madre biológica en el momento del parto?) _____

- Did the patient pass the hearing screen? ☐ Yes ☐ No
(¿Pasó el paciente la prueba de audición?)

- Was the patient breech/feet first? ☐ Yes ☐ No
(¿Fue el paciente nalgas / pies primero?)

- Was the patient premature? If so, by how many months? ☐ Yes ☐ No
(¿El paciente fue prematuro? Si es así, ¿por cuántos meses?) _____

Please indicate any medical problems during the newborn period.
(Indique cualquier problema médico durante el período del recién nacido.)

Patient's Name_____Date of Birth_____Guardian's Initials_____
(Nombre del paciente) (fecha de nacimiento) (Iniciales del guardián)

Development (Desarrollo)

How old was the patient when he/she first: (¿Qué edad tenía el paciente cuando él / ella por primera vez):
Do you have any concerns with (cualquier inquietud con)

Sat up without help (Se sentó sin ayuda) _____ Physical Development (desarrollo fisico) ____

Walked without help (Caminaba sin ayuda) _____ Speech (habla) ____

Spoke first words (Habló las primeras palabras) _____ School Performance (el rendimiento escolar) ___

Do you have any developmental concerns or issues you would like to discuss with the provider? (¿Tiene alguna inquietud o problema de desarrollo que le gustaría discutir con el proveedor?)

Past Medical History (Historial médico pasado)

If the answer is YES, when and what for? (Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo y para qué?)

- Has the patient ever been hospitalized overnight? ☐ Yes ☐ No
(¿Alguna vez el paciente ha sido hospitalizado durante la noche?)

- Has the patient ever had surgery? ☐ Yes ☐ No
(¿El paciente ha sido operado alguna vez?)

- Has the patient ever had a serious injury? ☐ Yes ☐ No
(¿Ha tenido alguna vez el paciente una lesión grave?)

Is the patient affected by any of the following? ☐ No Significant Past Medical History
(¿El paciente está afectado por alguno de los siguientes?) (Sin antecedentes médicos significativos en el pasado)

☐ ADD/ADHD ☐ Depression (depresión) ☐ Rashes (erupciones)
☐ Allergies (alergias) ☐ Diabetes ☐ Reflux (reflujo)
☐ Anemia ☐ Diarrhea (Diarrea) ☐ Seizures (convulsiones)
☐ Asthma (asma) ☐ Ear Infection (infección en el oído) ☐ Sickle Cell (drepanocito)
☐ Autism (autismo) ☐ Eczema ☐ Urinary Problems (problemas urinarios)
☐ Broken Bones (huesos rotos) ☐ Food Allergies (alergias a los alimentos)
☐ Chicken Pox (varicela) ☐ Hearing Loss (pérdida de la audición) ☐ Vaccine Reactions
☐ Concussions (conmociones cerebrales) (reacciones a la vacuna)
☐ Constipation (estreñimiento) ☐ Heart Disease (enfermedad del corazón) ☐ Wheezing (sibilancias)
☐ Other ☐ Heart Murmur (Soplo cardíaco) ☐ Other

 Please complete all sections.

Patient's Name_____Date of Birth_____Guardian's Initials_____
(Nombre del paciente) (fecha de nacimiento) (Iniciales del guardián)

Do you have any other issues or concerns about your child's health?
¿Tiene otros problemas o inquietudes sobre la salud de su hijo?

Social History (Historia social)

Who does the patient live with? Please list everyone in the home.
(¿Con quién vive el paciente? Por favor enumere a todos en el hogar.)

Are parents: ☐ Married ☐ Unmarried ☐ Separated ☐ Divorced
Son los padres Casado Soltero Separado Divorciado

Does the child live in more than one home? ☐ Yes ☐ No
¿El niño vive en más de un hogar?

Are there guns in the home(s)? If so, how are they stored? ☐ Yes ☐ No
¿Hay armas de fuego en la(s) casa(s)? Si es así, ¿cómo se almacenan?

Is the patient's house built before 1978? (¿La casa del paciente fue construida antes de 1978?) ☐ Yes ☐ No

Are there any pets in the home? (¿Hay mascotas en el hogar?)☐ Yes ☐ No _____

Any foreign travel in the past 5 years? (¿Algún viaje al extranjero en los últimos 5 años?) ☐ Yes ☐ No

If YES, where did the patient travel? For what length of time?(En caso afirmativo, ¿adónde viajó el paciente? ¿Por cuánto tiempo?)

Do you have a pool? (¿Usted tiene una piscina?) ☐ Yes ☐ No

Are there any smokers in the home? (¿Hay fumadores en el hogar?) ☐ Yes ☐ No
If YES, where do they smoke? (En caso afirmativo, ¿dónde fuman?) ☐ Inside ☐ Outside

Within the past 12 months we worried our food would run out before we got money to buy more. ____Yes _____No
(En los últimos 12 meses nos preocupaba que nuestra comida se agotara antes de que obtuviéramos dinero para comprar más.)
Within the past 12 months the food we bought just didn't last and we didn't have money to get more. _____Yes _____No
(En los últimos 12 meses, la comida que compramos simplemente no duró y no teníamos dinero para obtener más.)

Patient's Name_____ Date of Birth_____Guardian's Initials_____
(Nombre del paciente) (fecha de nacimiento) (Iniciales del guardián)

Family History

Please state which of the following relatives have the conditions below (if none, leave blank). Please enter:

M = Mother (Madre) **F** = Father (Padre) **G** = Grandparent (Abuela o Abuelo) **B** = Brother (Hermano)
S = Sister (Hermana) **A** = Aunt (Tia) **U** = Uncle (Tio) **C** = Cousin (Prima o Primo)

_____ADD/ADHD
_____Alcoholism/Drug Abuse (abuso de alcohol o drogas)
_____Allergies (alergias)
_____Anemia (anemia)
_____Asthma (asma)
_____Autism (autismo)
_____ Autoimmune Disease (enfermedad autoinmune)
_____ Birth Defects (defecto de nacimiento)
_____ Cancer (cancer)
_____ Chickenpox (varicela)
_____ Constipation (estreñimiento)
_____ Cystic Fibrosis (fibrosis quistica)
_____ Depression (depresión)
_____ Diabetes (diabetes)
_____ Diarrhea (diarrea)
_____ Ear Infection (infección en el oido
_____ Early Death (muerte temprana)
_____ Eczema (eczema)
_____ Epilepsy (epilepsia)
_____ GI Disease (enfermedad gastrointestinal)
.

_____ Hearing Loss (perdida de la audición)
_____ Hearing Problems (escuchando problemas)
_____ Heart Disease (cardiopatia)
_____ Heart Murmur (soplo cardiaco)
_____ High Blood Pressure (alta presion sanguinea)
_____ High Cholesterol (colesterol alto)
_____ Kidney Disease (enfermedad del riñón)
_____ Liver Disease (enfermedad del hígado)
_____ Mental Illness (enfermedad mental)
_____ Migraine Headaches (migranas)
_____ Rashes (erupciones)
_____ Reflux (reflujo)
_____ Seizures (convulsiones)
_____Sickle Cell (depanocito)
_____ SIDS Sudden Infant Death Syndrome (síndrome de muerte súbita infantil)
_____ Stroke before age 55 (ictus antes de los 55 anos)
_____ Thyroid Disease (enfermedad de tiroides)
_____ Tuberculosis (tuberculosis)
_____ Urinary Problems (problemas urinarios)
_____ Vision Problems (problemas de la vista)

TPG Pediatrics

 Please complete all sections.