

The Children's Clinic Initial Visit Form- Forma de Visita Inicial Chart # _____

Child's Name _____ Name of person filling out the form: _____
 Nombre de niño: _____ Nombre de persona llenando esta forma: _____

Date of Birth: _____ What is your relation ship to the patient: _____
 Fecha de Nacimiento _____ ¿Que es su relacion con el paciente? : _____

BIRTH HISTORY: HISTORIA DE NACIMIENTO:

Where was your child born? _____ ¿En donde nacio su niño?

Hospital _____ City _____
 Hospital _____ Ciudad _____

Birth Weight _____ Length _____ Head Circumference _____
 Peso de nacimiento _____ Largura _____ Circunferencia de cabeza _____

Did the mother have any complications during pregnancy? No _____ If yes what were the complications?
 ¿La madre tubo complicaciones durante el embarazo? No _____ ¿Si, que tipo de complicaciones?

Any infections during pregnancy? No _____ If yes what type of infections?
 ¿Hubo infecciones durante su embarazo? No _____ ¿Si, que tipo de infecciones? _____

Did the mother have High Blood Pressure during pregnancy? NO _____ YES _____
 ¿La madre tubo alta presion durante su embarazo? NO _____ SI _____

During the pregnancy did the mother: NO _____ YES _____
 Durante el embarazo hizo la madre: NO _____ SI _____

Smoke – Fumar _____
 Drink Alcohol – Tomar Alcohol _____
 Take Drugs - Uso Drogas _____
 Take any medications – Tomar Medicinas _____

Any complications after birth? No _____ If yes what were the complications
 ¿Tubo complicaciones despues del embarazo? No _____ ¿Si, que tipo de complicaciones? _____

PAST MEDICAL HISTORY: HISTORIA MEDICO:

Has your child been ill in the past with any of the following: NO _____ YES _____
 ¿Tubo su niño alguno de estas enfermedades? : NO _____ SI _____

Ear Infection – Infeccion de Oidos _____
 Chicken Pox – Viruelas _____
 Strep Throat – Dolor de garganta _____

Has your child ever had: Emergency Room Visits? NO _____ If yes what for?
 ¿Tubo su niño antes: ¿En el departamento de emergencia? NO _____ ¿Si, que tipo de emergencia? _____

Has your child ever been hospitalized overnight? NO _____ If yes what for?
 ¿Su niño a estado hospitalizado por un dia or noche? NO _____ ¿Si, que tipo de emergencia? _____

Surgeries? NO _____ If yes what type of surgery?
 ¿Cirugias? NO _____ ¿Si, por que? _____

Other - ¿Algo mas ? : _____

Does your child take any medications ? NO _____ If yes what medications?
 ¿Su niño toma algun medicina? NO _____ ¿Si, que tipo de medicina ? _____

Does your child have any allergies? NO If yes what allergies?
 ¿Su niño tiene alguna alergias? NO ____ ¿Si, que tipo de alergias? _____

Does your child have any siblings? NO If yes, write name, age, sex, any medical problems
 ¿Su niño tiene hermanos or hermanas? NO ____ ¿Si, escriba el nombre, edades, el sexo y problemas

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Who cares for your child at home?
 ¿Quien cuida su niño en su casa? _____

Does your child go to a daycare setting? NO YES
 ¿Su niño va a una guarderia de niños? NO ____ SI ____

Besides the child, how many other people live in the household?
 ¿Fuera de su niño, cuantas mas personas viven en su casa? _____

Any smokers in the household? NO YES Any pets in the household? NO YES
 ¿Hay fumadores en su casa? NO ____ SI ____ ¿Hay animals en su casa ? NO ____ SI ____

Mother's Age – Edad de madre _____ Occupation – Ocupacion _____

Fathers's Age – Edad de padre _____ Occupation – Ocupacion _____

Is the parent of the child: Married Single Separated Divorced Widowed
 ¿Los padres del niño son?: Casados ____ Soltero ____ Separado ____ Divorciado ____ Viudo(a) ____

Does your child have any Developmental problems? NO If yes what problems?
 ¿Su niño tiene problemas desenvolvimiento? NO ____ ¿Si, que tipo de problemas? _____

If your child is of school age, what grade is she/he in?
 ¿Su niño esta en edad de ir a la escuela? ¿Que grado esta su niño? _____

How is she/he doing in school? - ¿Como esta hacienda en la escuela? _____

FAMILY HISTORY: HISTORIA DE FAMILIA:

Does anyone in the immediate or extended family hava any of the following:

¿Hay alguna persona en su familia que tengan uno de los siguientes?

| | NO | YES | WHO | | NO | YES | WHO |
|--------------------------|-------|-------|-------|---------------------------|-------|-------|-------|
| | NO | SI | QUIEN | | NO | SI | QUIEN |
| Asthma/Bronchitis | _____ | _____ | _____ | Cystic Fibrosis | _____ | _____ | _____ |
| Asma/Bronquitis | _____ | _____ | _____ | Fibrosis Cistica | _____ | _____ | _____ |
| Diabetes | _____ | _____ | _____ | Epilepsy – Epilepsia | _____ | _____ | _____ |
| Deafness – Sordera | _____ | _____ | _____ | Blindness – Ceguiedad | _____ | _____ | _____ |
| Bleeding Disorder | _____ | _____ | _____ | Sickle Cell Disease/Trait | _____ | _____ | _____ |
| Desorden de Sangre | _____ | _____ | _____ | Anemia Drepanocita | _____ | _____ | _____ |
| High Blood Pressure | _____ | _____ | _____ | Heart Problems | _____ | _____ | _____ |
| Alta Presion | _____ | _____ | _____ | Problemas del Corazon | _____ | _____ | _____ |
| Kidney Problems | _____ | _____ | _____ | Childhood Cancers | _____ | _____ | _____ |
| Problemas de los Riñones | _____ | _____ | _____ | Cancer de Niñez | _____ | _____ | _____ |

Any Others - Otras Enfermedades _____