

## MEDICAL HISTORY ■ HISTORIA CLÍNICA

PATIENT NAME ■ NOMBRE DEL PACIENTE _____	DOB ■ FECHA DE NACIMIENTO _____	GENDER ■ SEXO <input type="checkbox"/> Male ■ Masculino <input type="checkbox"/> Female ■ Femenino
--	---------------------------------	--

### PREGNANCY AND BIRTH HISTORY ■ HISTORIA DE NACIMIENTO Y EMBARAZO

Where was child born? ■ ¿Dónde nació el niño? \_\_\_\_\_  Home ■ Hogar  Hospital

Illnesses during pregnancy? ■ ¿Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo?  No  Yes/Sí

Medications during pregnancy? ■ ¿tomó algún medicamento durante el embarazo?  No  Yes/Sí

Alcohol/drug abuse? ■ ¿Tiene problemas de abuso de drogas/alcohol?  No  Yes/Sí

Problems at birth? ■ ¿Tuvo complicaciones durante el nacimiento?  No  Yes/Sí

Describe ■ Describir: \_\_\_\_\_

Baby arrived ■ Nacimiento del bebé:  On time ■ En la fecha prevista  
 Early ■ Antes de la fecha prevista  
 Late ■ Después de la fecha prevista

Type of delivery? ■ ¿Tipo de parto?  Vaginal  C-section ■ Cesárea

Birth weight ■ Peso en el nacimiento: \_\_\_\_\_ Discharge weight ■ Peso en el alta: \_\_\_\_\_

Did baby receive Hepatitis B vaccine at birth? ■ ¿El bebé recibió la vacuna contra la hepatitis B al nacer?  No  Yes/Sí

Newborn hearing screen? ■ ¿Se realizó un examen de audición en el recién nacido?  Fail ■ Desaprobado  Pass ■ Aprobado

### PSYCHOSOCIAL HISTORY ■ HISTORIA PSICOLÓGICA

Who lives in household? ■ ¿Quién vive en el hogar?  
 Mother ■ Madre  Father ■ Padre  
 Both parents ■ Ambos padres  
 Stepmother ■ Madrastra  Stepfather ■ Padrastro  
 Other ■ Otra persona: \_\_\_\_\_

How many people live in home? ■ ¿Cuántas personas viven en el hogar? \_\_\_\_\_

Type of residence ■ Tipo de residencia:  
 Rent ■ Alquiler  Own ■ Propiedad  Shelter ■ Refugio

Who cares for child? ■ ¿Quién está a cargo del niño? \_\_\_\_\_

Date of Birth? ■ Fecha de nacimiento? Mother ■ Madre: \_\_\_\_\_  
 Father ■ Padre: \_\_\_\_\_

Are child's parents working? ■ ¿Los padres del niño trabajan? Mother ■ Madre  No  Yes/Sí  
 Father ■ Padre  No  Yes/Sí

Foster Care? ■ ¿El niño permaneció bajo cuidado tutelar? \_\_\_\_\_  
 Dates ■ Fechas: \_\_\_\_\_

Other languages? ■ ¿Habla otros idiomas? \_\_\_\_\_

### FAMILY HISTORY ■ HISTORIA FAMILIAR

Have your child's parents, grandparents, aunts/uncles, sisters/brothers had ■ ¿Los padres, abuelos, tíos y hermanos de su hijo han tenido estas afecciones?... IF YES, WHO?  
SI RESPONDE SÍ, ¿QUIÉN?

Allergies to medicine ■ Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_  No  Yes/Sí

Allergies (list) ■ Alergias (indicar): \_\_\_\_\_  No  Yes/Sí

Asthma ■ Asma  No  Yes/Sí

TB/lung disease ■ Tuberculosis/enfermedad pulmonar  No  Yes/Sí

HIV/AIDS ■ VIH/SIDA  No  Yes/Sí

Suicide attempts ■ Intentos de suicidio  No  Yes/Sí

Heart disease ■ Enfermedad cardíaca  No  Yes/Sí

High blood pressure/stroke ■ Presión arterial alta/accidente cerebrovascular  No  Yes/Sí

High cholesterol ■ Colesterol alto  No  Yes/Sí

Blood disorders/Sickle Cell ■ Trastornos sanguíneos/anemia falciforme  No  Yes/Sí

Diabetes  No  Yes/Sí

Seizures ■ Convulsiones  No  Yes/Sí

Mental illness ■ Enfermedad mental  No  Yes/Sí

Cancer ■ Cáncer  No  Yes/Sí

Birth defects ■ Anomalías congénitas  No  Yes/Sí

Hearing loss ■ Pérdida de la audición  No  Yes/Sí

Speech problems ■ Problemas del habla  No  Yes/Sí

Kidney disease ■ Enfermedad renal  No  Yes/Sí

Alcohol/drug abuse ■ Abuso de drogas/alcohol  No  Yes/Sí

Hepatitis/liver disease ■ Hepatitis/enfermedad hepática  No  Yes/Sí

Thyroid disease ■ Enfermedad tiroidea  No  Yes/Sí

Learning problems/attention deficit disorder ■ Problemas de aprendizaje/trastorno por déficit de la atención  No  Yes/Sí

Family violence ■ Violencia familiar  No  Yes/Sí

Other ■ Otra afección: \_\_\_\_\_

### MEDICAL HISTORY ■ HISTORIA CLÍNICA

Has your child ever had ■ ¿Su hijo ha tenido estas afecciones?...  
 Allergies to medicine ■ Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_  No  Yes/Sí

Allergies (list) ■ Alergias (indicar): \_\_\_\_\_  No  Yes/Sí

Asthma ■ Asma  No  Yes/Sí

Chicken Pox--YEAR ■ Varicela--AÑO: \_\_\_\_\_  No  Yes/Sí

Frequent ear infections ■ Infecciones frecuentes de oído  No  Yes/Sí

Vision/hearing/speech problems ■ Visión / oído / problemas del habla  No  Yes/Sí

Skin problems/eczema ■ Problemas cutáneos/eccemas  No  Yes/Sí

TB/lung disease ■ TB/enfermedad pulmonar  No  Yes/Sí

Seizures/Epilepsy ■ Convulsiones/epilepsia  No  Yes/Sí

High blood pressure ■ Presión arterial alta  No  Yes/Sí

Heart defects/disease ■ Enfermedad cardíaca/defectos cardíacos  No  Yes/Sí

Liver disease/Hepatitis ■ Enfermedad hepática/hepatitis  No  Yes/Sí

Diabetes  No  Yes/Sí

Kidney disease/bladder infections ■ Enfermedad renal/infección en la vejiga  No  Yes/Sí

Physical or learning disabilities ■ Discapacidades físicas o de aprendizaje  No  Yes/Sí

Bleeding disorders/Hemophilia ■ Trastornos hemorrágicos/hemofilia  No  Yes/Sí

Sexually transmitted diseases ■ Enfermedades de transmisión sexual  No  Yes/Sí

Emotional or behavioral problems ■ Problemas emocionales o de conducta  No  Yes/Sí

Depression/suicidal thoughts ■ Depresión/pensamientos suicidas  No  Yes/Sí

Hospitalizations/surgeries ■ Hospitalizaciones/cirugías  No  Yes/Sí

Physical/emotional/sexual abuse ■ Abuso sexual/físico/emocional  No  Yes/Sí

Bone or joint injuries ■ Lesiones en las articulaciones o los huesos  No  Yes/Sí

Obesity/eating disorders ■ Trastornos de alimentación/obesidad  No  Yes/Sí

Other serious illnesses or injuries ■ Otras enfermedades o lesiones graves: \_\_\_\_\_

Immunizations current? ■ ¿Tiene sus vacunas al día?  No  Yes/Sí

Current medication(s)-list ■ Lista de medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Is your child currently being treated for any medical or behavioral condition? ■ ¿Su hijo recibe actualmente tratamiento por alguna afección médica o del comportamiento? \_\_\_\_\_

**YAVAPAI REGIONAL MEDICAL CENTER**  
 PARTNERS FOR HEALTHY STUDENTS  
**MEDICAL HISTORY**

**DEVELOPMENTAL HISTORY ■ HISTORIA DE DESARROLLO**

- 1) Do you believe your child hears normally?  
 ■ ¿Cree que su hijo oye con normalidad?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 2) Do you believe your child speaks normally?  
 ■ ¿Cree que su hijo habla con normalidad?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 3) Does your child have any behavioral problems?  
 ■ ¿Su hijo tiene algún problema de conducta?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 4) Do you believe your child's growth is normal?  
 ■ ¿Cree que el crecimiento de su hijo es normal?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 5) Has your child been to a dentist?  
 ■ ¿Su hijo ha recibido atención de un dentista?  No  Yes/Sí How long ago? ■ ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_
- 6) At what age did your child walk?  
 ■ ¿A qué edad su hijo comenzó a caminar? \_\_\_\_\_  
 (months ■ meses)
- 7) At what age did your child speak one word?  
 ■ ¿A qué edad su hijo pronunció una palabra? \_\_\_\_\_  
 (months ■ meses)
- 8) At what age did your child use sentences?  
 ■ ¿A qué edad su hijo comenzó a utilizar oraciones? \_\_\_\_\_  
 (years ■ años)
- 9) At what age was your child toilet trained?  
 ■ ¿A qué edad su hijo aprendió a ir solo al baño? \_\_\_\_\_  
 (years ■ años)
- 10) If you do not remember, were there any concerns that your child was developmentally delayed? ■ Si no lo recuerda, ¿alguna vez pensó que su hijo tenía un retraso del desarrollo?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_

**ENVIRONMENTAL/SAFETY HISTORY ■ HISTORIA AMBIENTAL/DE SEGURIDAD**

- 1) How many members in the household smoke?  
 ■ ¿Cuántos miembros de su grupo familiar fuman?  0  1  2  3  4  5 \_\_\_\_\_
- 2) Do you have any pets in the home?  
 ■ ¿Tiene alguna mascota en su hogar?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 3) Does child always wear a helmet when on sports equipment (bicycle, skateboard)? ■ ¿Su hijo usa siempre casco al practicar un deporte (bicicleta, patineta)?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 4) Does child always wear seat belt?  
 ■ Su hijo usa siempre cinturón de seguridad?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 5) Do you have problems with your partner or family?  
 ■ ¿Tiene usted problemas familiares o de pareja?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 6) Is alcohol use or illegal drugs a problem in the home? ■ ¿Tiene algún problema de consumo de alcohol o de drogas ilícitas en su hogar?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 7) Do you have unlocked guns in the home?  
 ■ ¿Tiene armas de fuego accesibles en su hogar?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 8) Do you have problems with living conditions, sleeping arrangements or monetary problems? ■ ¿Tiene problemas de condiciones de vida, de dinero o no dispone de los arreglos necesarios para dormir?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 9) Do the adults in the family usually agree on the discipline of this child? ■ ¿Los adultos de la familia por lo general coinciden en la disciplina impuesta al niño?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_
- 10) Do you have other concerns about your child?  
 ■ ¿Tiene alguna otra preocupación con respecto a su hijo?  No  Yes/Sí \_\_\_\_\_

COMPLETED BY (PRINT) ■ COMPLETADO POR (EN LETRA DE IMPRENTA)	SIGNATURE ■ FIRMA	RELATIONSHIP ■ RELACIÓN	DATE ■ FECHA
--	-------------------	-------------------------	--------------

REVIEWED BY (SIGNATURE / TITLE) ■ MODIFICADO POR (FIRMA/CARGO)	DATE ■ FECHA
--	--------------

**YAVAPAI REGIONAL MEDICAL CENTER  
 PARTNERS FOR HEALTHY STUDENTS  
 MEDICAL HISTORY**