

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**