



Date / Fecha: \_\_\_\_\_ Birth date / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Child's Name / Nombre de Niño: \_\_\_\_\_ Sex / Sexo:  M/H  F/M

Parents' Name/Nombre de Padres: \_\_\_\_\_

Who has legal custody of this child/Quien tiene la custodia legal del niño? \_\_\_\_\_

Birth History/Historia de nacimiento: Birth Weight/Peso al nacer \_\_\_\_\_ Birth Length/Longitud al nacer \_\_\_\_\_

Type of delivery at birth/Tipo de parto:  Vaginal delivery/Parto Vaginal  C-Section/Cesaria

Were there any complications at birth/Hubo complicaciones en el momento del nacimiento?  No/No  Yes/Si

If yes, please explain/ Si es así, explique aquí: \_\_\_\_\_

**Child's Past Medical History / Su Historia De Salud**

(Check any medical conditions your child has had in the past / Marque cualquier enfermedad o condición que tenga / ha tenido)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acne/Acne  | <input type="checkbox"/> Diabetes Type II/Diabetes II                          | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism/Hypothyroidism          |
| <input type="checkbox"/> Allergies; due to pollen/Alergias; debido al polen                           | <input type="checkbox"/> Down Syndrome/Síndrome de Down                        | <input type="checkbox"/> Impetigo/Impétigo                      |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia  | <input type="checkbox"/> Eczema/ Eccema  | <input type="checkbox"/> Epilepsy/Epilepsia                     |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma  | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis/Fibrosis Quística                     | <input type="checkbox"/> Hypertension/Hipertensión              |
| <input type="checkbox"/> Attention Deficit/Déficit de Atención  | <input type="checkbox"/> Erythema Toxicum Neonatorium/Eritema Toxico Neonatal  | <input type="checkbox"/> Hypertension/Hipertensión              |
| <input type="checkbox"/> Attention Deficit with hyperactivity/ Déficit de Atención con hiperactividad | <input type="checkbox"/> Febrile Convulsions/Convulsiones febriles             | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Trait                      |
| <input type="checkbox"/> Bed wetting/Moja la cama   | <input type="checkbox"/> Obesity/Obesidad                                      | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease                    |
| <input type="checkbox"/> Blocked tear ducts/Conductos lagrimales bloqueados                           | <input type="checkbox"/> Reflux/Reflujo  | <input type="checkbox"/> Undesended Testis/Undesended Testículo |
| <input type="checkbox"/> Cancer: _____  | <input type="checkbox"/> Knock-Knees/Golpe de Rodillas                         | <input type="checkbox"/> Headaches/Dolor de Cabeza              |
| <input type="checkbox"/> Constipation/Estreñimiento   | <input type="checkbox"/> Bow Legged/Arco Patas                                 | <input type="checkbox"/> Strabismus/Estrabismo                  |
| <input type="checkbox"/> Convulsions/Convulsiones   | <input type="checkbox"/> Hyperthyroidism/Hyperthyroidism                       |   |
| <input type="checkbox"/> Depression/Depresión   | <input type="checkbox"/> Hypospadias/Hyposdadias                               |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Type 1 /Diabetes Mellitus I  | <input type="checkbox"/> Urinary Tract Infection/infección del tracto urinario |   |
| <input type="checkbox"/> Malposition of the heart/Mal posición Del Corazon                            |  |   |
| <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____  |  |   |

**Past Surgical History / Su Historia De Cirugía**

Has your child ever had surgery?  Yes  No

(Please Explain) \_\_\_\_\_

Ha Tenido Alguna Cirugía?  Si  No

(Por Favor Explique) \_\_\_\_\_

**Medicines / Medicinas**

Does your child take any medicines, vitamins, herbal supplements/ Su niño toma medicinas, vitaminas, o algún suplemento herbal?

No  Yes/Si If yes, please list/ Si es así, por favor anótelo aquí: \_\_\_\_\_

**Allergies / Alergias**

Does your child have any allergies to insects, foods or medications/Tiene alguna alergia a insectos, alimentos o medicamentos?

No, I do not have any allergies/No tengo ninguna alergias

Yes If yes, please write them below/Si es así, por favor anótelo aquí \_\_\_\_\_

**Child's Family Medical History / Historial Medico De Familia** (Please check the box for medical conditions that run in the child's family /Por favor marque las enfermedades que se han encontrado en la historia de su familia)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies / Alergias         | <input type="checkbox"/> Leukemia / Leucemia                  |
| <input type="checkbox"/> Anemia /Anémia               | <input type="checkbox"/> Mental Retardation / Retraso Mental  |
| <input type="checkbox"/> Arthritis / Artritis         | <input type="checkbox"/> Ovarian Cancer / Cancer de Ovación   |
| <input type="checkbox"/> Asthma /Asma                 | <input type="checkbox"/> Prostate Cancer /Cancer de Pro stata |
| <input type="checkbox"/> Breast Cancer/Cancer de Mama | <input type="checkbox"/> Stroke / Ataque Cerebral             |
| <input type="checkbox"/> Cancer: _____                |   |

**CAROLINA FAMILY HEALTH CENTERS, INC.**  
**Pediatric Health History / Historial Medico de Pediatric**



- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colon Cancer / Cancer de Colon  | <input type="checkbox"/> Hearing Loss / Perdida de la Audición                     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus / Diabètes Mellitas   | <input type="checkbox"/> Kidney Disease / Enfermedad Rénal                         |
| <input type="checkbox"/> Congenital Anomalies / Anomalías Congénita  | <input type="checkbox"/> Unknown due to adoption /Desconocido debido a la adopción |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease /Enfermedad de Corazón  |  |
| <input type="checkbox"/> No history of chronic disease in family/Nin guna historia de enfermedades crónicas en familia |  |

**Reproductive History (Menstruating Females only)/ Historia Reproductiva (Mujeres Solamente)**

Age of first menstrual period / Edad de su primer menstruación \_\_\_\_\_  
Menses duration / Duración de la menstruación \_\_\_\_\_  
Date of last menstrual period / Fecha de ultima menstruación \_\_\_\_\_  
Current form of birth control / Control de embarazo \_\_\_\_\_

**Social History/Historia Social**

**Parent's Marital Status / Estates De Matrimonio:**

- Common Law / Partner/ Casados Por Ley Común  
 Divorced / Divorciado  
 Married / Casado  
 Separated /Separado  
 Single parent household/ Soltero  
 Widowed / Viudo

**Living Situation (Who does this child live with)?**

**Situación en la que vive (Con quién vive el niño) ?**

- Both Parents/Ambos Padres  
 Mother only/Madre solamente  
 Father only/ Padre Solamente  
 Grandparent/Abuelos  
 Friends/Amigos  
 Other, Please explain/Otro, Por favor explique \_\_\_\_\_

**Housing History / Historia de la Vivienda:**

- Child is homeless / Estoy sin hogar  
 Child lives in a migrant camp / Vivo en campo migratorio  
 Child lives in family owned house or apartment / Vivo en apartamento o casa  
 Child lives in shelter / Vivo en Refugio  
 Child lives with my extended family or friend in their home / Vivo con familia o en casa de amigo

What school does the child attend? \_\_\_\_\_ Grade Level \_\_\_\_\_  
A qu'escuela va el niño ? \_\_\_\_\_ Nivel de Grado \_\_\_\_\_

**(Children 13 and older only) Substance Use / Uso De La Sustancia:**

Do you smoke tobacco? Fuma tabaco?

- No/No  
 In the past, quit date: \_\_\_\_\_ En el pasado, Fecha que Paro \_\_\_\_\_  
 Yes/Si If yes, how many cigarettes per day \_\_\_\_\_  
Si es así, cuantos cigarrillos por día \_\_\_\_\_

Do you use drugs / Usa drogas (cocaine, marijuana, crystal meth, heroine, etc.)?

- No/No  
 In the past, quit date: \_\_\_\_\_ / En el pasado, fecha que paro \_\_\_\_\_  
 Yes/Si If yes, how often: Daily/Dario Weekly/Seminal Occasionally/Ocasionalmente

Do you drink alcohol / Toma Alcohol?

- No/No  
 In the past, quit date: \_\_\_\_\_ / En el pasado, fecha que paro \_\_\_\_\_  
 Yes/Si If yes, how often: Daily/Diario Weekly/Semanal Occasionally/Ocasionalmente

Please list the names and addresses of any doctors that the child has seen:

Por favor anote los nombres y direcciones de otros doctores que lo están tratando ahora:

I certify that the above information is correct/Yo certifico que la información anterior es correcta.

\_\_\_\_\_  
**Parent's Signature / Firma De Padre**