



Initial History

Name of the patient: _____ **DOB:** _____ **Account:** _____
(Nombre del paciente) (Fecha de Nacimiento)

Birth History / Historia del Nacimiento

Place of birth

Lugar de nacimiento _____

Illnesses during pregnancy / Enfermedades durante el embarazo Explain/ Explique

Medication during pregnancy/Medicamentos usados durante el embarazo

Maternal history of alcohol, smoking, street drugs Yes/ No? Explain: _____

Uso drogas, alcohol o fumo durante el embarazo

Delivery Vaginal ___ C-Section ___ Complications _____
Parto Vaginal Cesarea Complicaciones

Full term Yes ___ No ___ **Birth weight** _____ **Length** _____
Embarazo a termino Peso al nacer Talla

Postnatal Complications Yes ___ No ___ Explain/Explique _____
Complicaciones en el recién nacido

Infections/Infecciones _____ **Jaundice**/Ictericia _____ **Breathing Problems** /Problemas respiratorios _____

Medical History/Historia Medica

Known Allergies Yes ___ No ___ **Medications** _____ **Foods** _____
Tipo de Alergias Medicamentos Comidas

Insect Bites _____ **Others** _____
Picadas de Insectos Otros

Immunizations Up to date Yes ___ No ___ **Reactions** Yes ___ No ___
Tiene la vacunacion al dia? Reaccion a alguna vacuna?

Hospitalizations Yes ___ No ___ Explain _____
Ha estado hospitalizado? Explique

Surgeries Yes ___ No ___ Explain _____
Cirugia Explique

Injuries Yes ___ No ___ Explain _____
Accidentes Explique



Initial History(Part 2)

Name of the patient: _____ **DOB:** _____ **Account:** _____
(Nombre del paciente) (Fecha de Nacimiento)

Medications taken regularly Yes ___ No __, Explain _____
Toma algun medicamento regularmente Explique

Does your Child have any of the following conditions or symptoms?/Padece su niño/a alguno de los sgtes sintomas o enfermedades?

Frequent ear infections ___ frequent colds ___ Sore throat ___ Asthma ___ Recurrent cough ___ Pneumonia ___
Infecciones de Oido Catarros frecuentes Dolor de Garganta Asma Tos frecuente Pneumonia

Heart murmur ___ Chest pain ___ Urinary tract infections ___ Chronic diarrhea ___ Constipation ___ Seizures ___ Eczema ___
Soplo Cardiac Dolor de Pecho Infecciones de Orina Diarrea cronica Estreñimiento Epilepsia Dermatitis

Anemia ___ Eye problem ___
Anemia Problemas con la Vision

Others: _____
Otros

Has your child had any of the following disease? Chicken Pox ___ Mumps ___ Measles ___ Pertussis ___ Rubella ___ Scarlet Fever ___
Ha tenido el niño/a alguna de las siguientes enfermedades? Varicela Paperas Sarampion Tosferina Rubeola Escarlatina

Others: _____
Otras

Family History/ Historia Familiar

Mother: _____
Madre

Father: _____
Padre

Siblings: _____
Hermanos