

# IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR CHILD

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  Male  Female

Referring Doctor: \_\_\_\_\_  
name phone number (and address if available)

Reason for today's visit: \_\_\_\_\_

## Past Medical History:

NO YES IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS HERE.

Allergies to medications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Taking medications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Health problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Previous surgeries?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Birth History:

NO YES IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS HERE.

Premature?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Birth weight? _____ lbs _____ oz
C-Section?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Which hospital?
Complications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Prenatal ultrasounds normal?

## Family History:

NO YES IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS HERE.

Urinary reflux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bedwetting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kidney stones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bleeding disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Review of Systems: Does your child have any problems related to the following? If yes, please explain.

Skin:	Chest, lungs:
Lymph nodes:	Heart:
Bones, joints, muscles:	Stomach, intestines (GI):
Blood:	Genitourinary:
Endocrine:	
Head:	
Ears, eyes:	Neurologic:
Nose, throat:	Psychiatric:

## INFORMACION IMPORTANTE SOBRE SU HIJO(A)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_  
nombre                      número de teléfono                      (y dirección si es posible)

Motivo de su visita: \_\_\_\_\_

### Condición Médica Previa:

No    Sí    Si ha contestado "sí" y tiene más información, favor de escribirla aquí.

¿Alergias a medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Toma algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Problemas de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cirugías previas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Nacimiento:

No    Sí    Si ha contestado "sí" y tiene más información, favor de escribirla aquí.

¿Prematuro(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peso al nacer? _____ lbs/kg _____ oz
¿Cesárea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿En que hospital?
¿Complicaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sonogramas prenatales normales?

### Historial Familiar:

No    Sí    Si ha contestado "sí" y tiene más información, favor de escribirla aquí.

¿Reflujo urinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se orina en la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Piedras en los riñones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Problemas con sangrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Revisión de Sistemas: Detalle seguidamente si tu niño/a tiene o ha tenido problemas con los siguientes. Si es así explíquelo.

Piel:	Rescío, pulmones:
Sistema linfático:	Corazón:
Huesos, articulaciones, músculos:	Estómago, intestinos:
Sangre:	Sistema urinario:
Sistema endocrino:	
Cabeza:	
Oídos, ojos:	Neurológico:
Nariz, garganta:	Psiquiátrico: