

Patient name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Past medical history (please circle response where appropriate)

### Historial médico previo (marque con un círculo la respuesta que corresponda)

Was the patient born full term (within 2 weeks of the due date)?  Yes  No

¿El paciente nació a término (dentro de las 2 semanas siguientes a la fecha prevista de parto)?  Sí  No

If the patient was born prematurely, how many weeks gestation? \_\_\_\_ weeks

Si el paciente nació prematuro, ¿de cuántas semanas de gestación? \_\_\_\_ semanas

Birth weight? \_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_ oz.      ¿Peso al nacer? \_\_\_\_ libras \_\_\_\_ onzas.

Were there any problems after delivery?  Yes  No      ¿Hubo algún problema después del parto?  Sí  No

If yes, please explain \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_

List any other past or current health problems that have required chronic medications:

Indique cualquier otro problema de salud pasado o actual que haya requerido medicamentos crónicos:


**Patient hospitalizations and surgeries.** Please list your child's hospitalizations and/or surgeries:

**Hospitalizaciones y cirugías del paciente.** Por favor, indique las hospitalizaciones y/o cirugías de su hijo/a:


Please check any of the following that apply to biological parents, siblings and/or grandparents.

Por favor, marque cualquiera de las siguientes opciones que se apliquen a los padres biológicos, hermanos y/o abuelos.

Disease	Enfermedad	Family member affected/Familiar afectado
1. Celiac disease	Celiaquía/intolerancia al gluten	
2. Constipation	Estreñimiento	
3. Colon polyps	Pólipos de colon	
4. Crohn's disease	Enfermedad de Crohn's	
5. Formula intolerance	Intolerancia a la fórmula	
6. Gallbladder disease	Enfermedad de la vesícula biliar	
7. Gastroesophageal reflux (GERD)	Reflujo gastroesofágico (GERD por sus siglas en inglés)	
8. Hirschsprung's disease	Enfermedad de Hirschsprung's	
9. Irritable bowel syndrome	Síndrome del intestino irritable	
10. Liver disease	Enfermedad del hígado	
11. Migraines	Migrañas	
12. Pyloric stenosis	Estenosis pilórica	
13. Stomach ulcer/gastritis	Úlcera de estómago/gastritis	
14. Ulcerative colitis	Colitis ulcerativa	

Please list any other medical problems that affect members of the immediate family:

Por favor, indique cualquier otro problema médico que afecte a los miembros de la familia inmediata:


### Social history/Historia social

Who does your child primarily live with? Please list all people who live in the same household as the patient:

¿Con quién vive principalmente su hijo? Por favor, indique todas las personas que viven en el mismo domicilio que el paciente:

First and last name/ Nombre y apellido	Date of birth/ Fecha de nacimiento	Relationship to patient/ Relación con el paciente

Any recent exposure to infections?  Yes  No

¿Alguna exposición reciente a infecciones?  Sí  No

Any recent travel outside of the country?  Yes  No

¿Ha viajado recientemente fuera del país?  Sí  No

### Patient review of systems/Revisión de los sistemas por parte de los pacientes

Please check the box if your child has experienced any of the following within the last two weeks.

Por favor, marque la cajita si su hijo ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en las últimas dos semanas.

General/General:	Respiratory/Respiratorio:	Urinary/Urinario:
<input type="checkbox"/> Frequent fevers/Fiebres frecuentes	<input type="checkbox"/> Cough/Tos	<input type="checkbox"/> Loss of bladder control/Pérdida de control de la vejiga
<input type="checkbox"/> Unexpected weight change/ Cambio de peso inesperado	<input type="checkbox"/> Difficulty breathing (shortness of breath)/ Dificultad para respirar (falta de aire)	<input type="checkbox"/> Painful urination/Dolor al orinar
		<input type="checkbox"/> Decreased urinary output/Disminución de la producción de orina
Eyes, ears, nose and throat/ Ojos, oídos, nariz y garganta:	Cardiac/Cardíaco	Musculoskeletal/Musculoesquelético:
<input type="checkbox"/> Visual changes/Cambios en la visión	<input type="checkbox"/> Chest pain/Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Joint swelling/Inflamación de las articulaciones
<input type="checkbox"/> Yellowing of eyes/Lo amarillento de los ojos	<input type="checkbox"/> Problems with circulation/Problemas de la circulación	<input type="checkbox"/> Joint pain/Sarpullidos
<input type="checkbox"/> Ear pain/Dolor de oídos		
<input type="checkbox"/> Runny nose/Goteo nasal	Gastrointestinal/ Gastrointestinal:	Skin/Piel:
<input type="checkbox"/> Sore throat/Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Vomiting/Vómitos	<input type="checkbox"/> Change in skin color/Cambio en el color de la piel
<input type="checkbox"/> Trouble swallowing/Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Heartburn/Acidez	<input type="checkbox"/> Rashes/Sarpullidos
	<input type="checkbox"/> Bloating/Distensión abdominal	Neurological symptoms/ Síntomas neurológicos:
	<input type="checkbox"/> Nausea/Náuseas	<input type="checkbox"/> Headaches/Dolores de cabeza
	<input type="checkbox"/> Loss of appetite/Pérdida de apetito	Hematologic/Hematológico:
		<input type="checkbox"/> Excessive bleeding/bruising/Sangrado o moretones excesivos