

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

MIT Medical Department Departamento Médico de MIT

Pediatrics History Form Formulario de Antecedentes Pediátricos

Dear Parent:

Estimado padre/madre:

This is a health questionnaire on your child. **Please complete this form. Bring it with you at the time of an appointment.**

Este es un cuestionario de salud con respecto a su niño/a. **Por favor complete este formulario. Tráigalo con usted cuando concurra a una cita.**

Date completed: Fecha en que fue completado: _____

Child's Name: Nombre del niño: _____ Date of Birth: Fecha de nacimiento: _____

Contact Information for Parent 1 Información de contacto de padre / madre 1

Name: Nombre: _____ Email: Correo electrónico: _____

Home Address: Dirección: _____

Home Phone: Tel. del hogar: _____ Work Phone: Tel laboral: _____

Cell/Other: Celular/Otro: _____

Contact Information for Parent 2 Información de contacto de padre / madre 2

Name: Nombre: _____ Email: Correo electrónico: _____

Home Address: Dirección: _____

Home Phone: Tel. del hogar: _____ Work Phone: Tel laboral: _____

Cell/Other: Celular/Otro: _____

This child lives with: El niño vive con: Mother Madre Father Padre Mother/Father Madre/Padre

Mother/Partner Madre/Pareja Father/Partner Padre/Pareja Grandparent/Other Abuelo/a / Otra persona

MIT Affiliation Afiliación a MIT

Person: Persona: _____ Position: Cargo: _____ Department: Departamento: _____

FAMILY HISTORY ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Parent 1 Madre /Padre 1 Age: Edad: _____ Current Health:Salud actual: _____

Past Health Problems: Problemas de salud en el pasado: _____

Ethnicity: Etnia: _____ Education/Training: Educación/Capacitación: _____

2. Parent 2 Madre /Padre 2 Age: Edad: _____ Current Health:Salud actual: _____

Past Health Problems: Problemas de salud en el pasado: _____

Ethnicity: Etnia: _____ Education/Training: Educación/Capacitación: _____

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

3. Marital Status of Parents: Estado civil de los padres: _____

4. Other Children in Family:

Otros niños en la familia:

<u>Date of Birth</u>	<u>Gender</u>	<u>Name</u>	<u>Healthy or Medical Issues?</u>
<u>F.de nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>Nombre</u>	<u>¿Sano o con problemas médicos?</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5. Are there cultural or religious practices that might affect your child's medical care? ¿Hay prácticas culturales o religiosas que puedan afectar la atención médica de su niño? no yes/sí

If yes, please explain (e.g. blood transfusion, dietary rules, etc.): Si la respuesta es sí, explique (Ej. transfusión de sangre, reglas de dieta, etc.): _____

6. Is there tobacco use in/around your household? ¿Se usa tabaco en/cerca de su hogar? no yes/sí

7. Is there a history in the **family/a blood relative** of:

Existen antecedentes en la **familia/algún pariente de sangre** de:

If yes, state relationship to child
 Si la respuesta es sí, indique la relación con el niño

a. Allergies Alergias _____ no yes/sí _____

b. Anxiety Ansiedad _____ no yes/sí _____

c. Asthma Asma _____ no yes/sí _____

d. Birth Defects/Genetic Problems Defectos de nacimiento/Problemas genéticos
 no yes/sí _____

e. Cancer Cáncer

i. Brain Cerebro _____ no yes/sí _____

ii. Breast Seno _____ no yes/sí _____

iii. Colon Colon _____ no yes/sí _____

iv. Ovarian Ovario _____ no yes/sí _____

v. Skin Piel _____ no yes/sí _____

vi. Thyroid Tiroides _____ no yes/sí _____

vii. Other (describe and state relationship to child): Otro (describir e indicar relación con el niño): _____

f. Depression Depresión _____ no yes _____

_____ no sí _____

If yes, state relationship to child
 Si la respuesta es sí, indique la relación con el niño

g. Diabetes Diabetes _____ no yes _____

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- _____ no sí _____
- h. Hearing Loss Pérdida auditiva _____ no yes _____
- _____ no sí _____
- i. Heart Attack Ataque cardíaco _____ no yes/sí _____
- j. Heart Disease Enfermedad cardíaca _____ no yes/sí _____
- k. Hepatitis Hepatitis _____ no yes/sí _____
- l. High Blood Pressure Alta presión sanguínea _____ no yes/sí _____
- m. High Cholesterol Colesterol alto _____ no yes/sí _____
- n. Learning Disability Discapacidad de aprendizaje _____ no yes/sí _____
- o. Mental Illness Enfermedad mental _____ no yes/sí _____
- p. Seizures Convulsiones _____ no yes/sí _____
- q. Thyroid Problems Problemas de tiroides _____ no yes/sí _____
- r. Tuberculosis Tuberculosis _____ no yes/sí _____

PRENATAL HISTORY

ANTECEDENTES PRENATALES

1. While pregnant, did mother have:

Mientras estaba embarazada, la madre tuvo:

- a. Bleeding or spotting Sangrado o manchado _____ no yes/sí
- b. German measles (Rubella) Rubella _____ no yes/sí
- c. Gestational diabetes Diabetes gestaciona l _____ no yes/sí
- d. High blood pressure Alta presión sanguínea _____ no yes/sí
- e. Illness other than cold/flu Enfermedad distinta al resfrío/gripe _____ no yes/sí
- f. Kidney disease Enfermedad renal _____ no yes/sí
- g. Premature labor Trabajo de parto prematuro _____ no yes/sí
- h. Threatened miscarriage Amenaza de aborto espontáneo _____ no yes/sí
- i. Toxemia Toxemia _____ no yes/sí

2. Were medications or herbs taken during pregnancy? ¿Tomó medicamentos o remedios herbales durante el embarazo? _____ no yes/sí

If yes, what kind: Si la respuesta es sí, ¿qué tipo?: _____

3. Was a fertility treatment used for this pregnancy? ¿Se utilizó un tratamiento de fertilidad para este embarazo? _____ no yes/sí

If yes, what kind: Si la respuesta es sí, ¿qué tipo?: _____

BIRTH HISTORY

ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO

1. Where was child born: Dónde nació su niño: _____
2. Was labor induced? ¿Su trabajo de parto fue inducido? _____ no yes/sí
3. Was labor helped by medication? ¿El trabajo de parto fue ayudado con medicamentos? _____ no yes/sí
4. Duration of labor: Duración del trabajo de parto: _____
5. Was child born early (less than 38 weeks)? ¿Su niño nació anticipadamente (menos de 39 semanas)? _____ no yes/sí
6. Was child born late (after 42 weeks)? ¿Su hijo nació tardamente (después de las 42 semanas) _____ no yes/sí
7. What was the method of delivery: Cuál fue el método de parto:

- Breech Podálico
- Caesarean (Please state reason): Cesarea (Por favor indique la razón): _____
- Forceps Forceps

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

Spontaneous vaginal Vaginal espontáneo

8. Child's birth weight: Peso del niño al nacer: _____

9. Apgar Score (if known): Puntaje Apgar (si lo conoce): _____

10. During the hospital stay, did child have any of the following: Durante la estadía en el hospital, el niño tuvo alguno de los siguientes:

- a. Antibiotic treatment Tratamiento antibiótico _____ no yes/sí
- b. Blue spells Cianosis _____ no yes/sí
- c. Convulsions Convulsiones _____ no yes/sí
- d. Jaundice Ictericia _____ no yes/sí
- e. Skin rash Erupción cutánea _____ no yes/sí
- f. Did child remain in hospital longer than mother? ¿El niño permaneció en el hospital por más tiempo que la madre? _____ no yes/sí

11. How was/is baby fed? ¿Cómo se alimenta/alimentó al bebé?

- Bottle Biberón
- Breast Amamantamiento

**DEVELOPMENTAL HISTORY:
ANTECEDENTES DE DESARROLLO:**

- | 1. At what age did child: A qué edad el niño: | Age Edad |
|---|----------|
| a. Hold up head Sostuvo la cabeza erguida | _____ |
| b. Roll over Pudo rodar solo | _____ |
| c. Sit unsupported Se mantuvo sentado sin soporte | _____ |
| d. Stand alone Se paró solo | _____ |
| e. Walk Caminar | _____ |
| f. Talk Hablar | _____ |
| g. Toilet train Ir al baño solo | _____ |
| h. Feed him/herself Alimentarse solo | _____ |
| i. Dress him/herself Vestirse solo | _____ |

IMMUNIZATIONS VACUNACIONES

**PLEASE GIVE US A COPY OF PREVIOUS IMMUNIZATIONS/VACCINES
And TB (Tuberculosis) Testing or BCG Vaccination**

**POR FAVOE ENTRÉGUENOS UNA COPIA DE LAS VACUNACIONES ANTERIORES
Y de la Prueba de la TB (Tuberculosis) o Vacuna BCG**

**PAST MEDICAL HISTORY:
ANTECEDENTES MÉDICOS EN EL PASADO:**

1. Has the child had:
El niño ha tenido:

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- a. Blood: anemia (iron deficiency, Sickle Cell, Thalessemia) Sangre: anemia (deficiencia de hierro, células falciformes, talasemia) _____ no yes/sí
- b. Blood transfusions Transfusiones de sangre _____ no yes/sí
- c. Chicken pox (Varicella) Varicela _____ no yes/sí
- d. Contusions Contusiones _____ no yes/sí
- e. Convulsions Convulsiones _____ no yes/sí
- f. Fractures Fracturas _____ no yes/sí
- g. Rubella Rubella _____ no yes/sí
- h. Hospitalizations Hospitalizaciones _____ no yes/sí
- i. Measles (Rubeola) Rubeola _____ no yes/sí
- j. Meningitis Meningitis _____ no yes/sí
- k. Mumps Sarampión _____ no yes/sí
- l. Operations Operaciones _____ no yes/sí

If yes, what illness? Si la respuesta es sí, ¿qué enfermedad? _____

- m. Poison ingestion Ingestión de veneno _____ no yes/sí
- n. Other serious medical illnesses Otra enfermedad médica seria _____ no yes/sí

If yes, what kind? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____

- o. Is your child currently taking any medications, vitamins or herbs? Actualmente su niño se encuentra tomando algún medicamento, vitamina o hierbas? _____ no yes/sí

Medication Medicamento	Strength/Dose Concentración/Dosis	How Often? ¿Frecuencia?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- p. Reaction to medication or food (allergy) Reacción a medicamentos o alimentos (alergia) no yes/sí

If yes, please explain: Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

- q. Any chronic or recurring pain? ¿Algún dolor crónico o recurrente? _____ no yes/sí

If yes, please explain: Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

2. Eyes: Ojos:

- a. Any visual problems? ¿Algún problema de la visión? _____ no yes/sí
- b. Do eyes look crossed? ¿Los ojos se ven cruzados? _____ no yes/sí
- c. Does the child wear eyeglasses? ¿El niño usa anteojos? _____ no yes/sí

3. Ears: Oídos:

- a. Any hearing problems? ¿Algún problema auditivo? _____ no yes/sí
- b. Three or more ear infections? ¿Tres o más infecciones en los oídos? _____ no yes/sí

4. Nose: Nariz:

- a. Does the child have frequent attacks of sneezing or rubbing his/her nose? ¿El niño sufre ataques frecuentes de estornudo o se refriega la nariz? _____ no yes/sí

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

b. Has the child had frequent nose bleeds? ¿El niño ha tenido sangrados de nariz frecuentes? _____
_____ no yes/sí

5. Throat: Garganta:

a. Does your child have three or more strep throat infections per year? ¿Su niño tiene tres o más infecciones de garganta por estreptococos por año? _____ no yes/sí

6. Heart: Corazón:

Have you ever been told your child has ¿Alguna vez le dijeron que su niño tiene

a. A heart murmur? Un soplo cardíaco? _____ no yes/sí

b. Heart defect? Un defecto en el corazón? _____ no yes/sí

c. High blood pressure? Alta presión sanguínea? _____ no yes/sí

7. Lungs: Pulmones:

Has your child ever had ¿Alguna vez su niño ha tenido

a. Asthma/wheezing? Asma/sibilancias? _____ no yes/sí

b. Bronchitis or pneumonia? Bronquitis o neumonía? _____ no yes/sí

c. Chronic cough? Tos crónica? _____ no yes/sí

8. Does your child tire easily? Su niño se cansa fácilmente? _____ no yes/sí

9. Abdomen Abdomen

Has your child ever had ¿Alguna vez su niño ha tenido

a. Blood in bowel movement? Sangre en un movimiento intestinal? _____ no yes/sí

b. Difficulty with appetite or eating? Dificultad con el apetito o para comer? _____ no yes/sí

c. Frequent abdominal pain? Dolor abdominal frecuente? _____ no yes/sí

d. Frequent vomiting or diarrhea? Vómitos o diarrea frecuentes? _____ no yes/sí

e. Jaundice? Ictericia? _____ no yes/sí

f. Marked weight loss? Descenso marcado de peso? _____ no yes/sí

If yes, please explain: Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

10. Kidney: Rinón:

a. Does your child ever complain of burning or frequency of urination? ¿Su niño alguna vez se queja de ardor o frecuencia al orinar? _____ no yes/sí

b. Does your child wet the bed? ¿Su hijo moja la cama? _____ no yes/sí

c. Has there ever been blood in the urine? ¿Ha tenido alguna vez sangre en la orina? _____ no yes/sí

d. Has your child ever had a urinary tract infection? ¿Su niño alguna vez ha tenido una infección del tracto urinario? _____ no yes/sí

11. Skin: Piel:

a. Acne? ¿Acne? _____ no yes/sí

b. Any sensitivity or allergy? ¿Alguna sensibilidad o alergia? _____ no yes/sí

c. Eczema or atopic dermatitis? ¿Eczema o dermatitis atópica? _____ no yes/sí

12. Extremities: Extremidades:

Has your child ¿Su niño

a. Had weakness or paralysis of arms or legs? Ha tenido debilidad o parálisis en los brazos o piernas? _____
_____ no yes/sí

b. A persistent limp? Ha tenido una renguera persistente? _____ no yes/sí

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

c. Every worn corrective shoes or braces? Ha usado zapatos o aparatos ortopédicos de corrección? _____
_____ no yes/sí

13. Neurological: Neurológicos:

Has your child ever had ¿Su niño alguna vez ha tenido

- a. Breath holding? Pausas en la respiración? _____ no yes/sí
- b. Convulsions or seizures? Convulsiones o ataques? _____ no yes/sí
- c. Dizziness? Mareos? _____ no yes/sí
- d. Fainting? Desmayos? _____ no yes/sí
- e. Frequent headaches? Dolores de cabeza frecuentes? _____ no yes/sí
- f. Temper tantrums? Berrinches? _____ no yes/sí

14. Is your child: ¿Su niño:

- a. Impulsive? Es impulsivo? _____ no yes/sí
- b. Lacking in self-control? Le falta auto-control? _____ no yes/sí
- c. Overactive? Es demasiado activo? _____ no yes/sí
- d. Does your child have problems with: ¿Su niño tiene problemas:

- i. Attending school? Para asistir a la escuela? _____ no yes/sí
- ii. Attention span? Con la capacidad de atención? _____ no yes/sí
- iii. Learning? De aprendizaje? _____ no yes/sí
- iv. Mood? De estados de ánimo? _____ no yes/sí
- v. Parents? Con sus padres? _____ no yes/sí
- vi. Peers? Con sus compañeros? _____ no yes/sí
- vii. Siblings? Con sus hermanos? _____ no yes/sí
- viii. Sleep? Para dormir? _____ no yes/sí

e. Are there concerns about physical, sexual or emotional abuse? ¿Existe alguna preocupación con respecto a abuso físico, sexual o emocional? _____ no yes/sí
(You may call **Mental Health Services** to set up an evaluation at 617.253.2916 for any of the above.)
(Puede llamar a **Servicios de Salud Mental** para programar una evaluación al 617.253.2916 con respecto a cualquiera de los problemas anteriores.)

15. Has your child begun puberty? ¿Su hijo/a ha llegado a la pubertad? _____ no yes/sí

16. Any other concerns you would like to discuss? ¿Hay alguna otra preocupación acerca de la cual quisiera hablar? _____

Parent Signature Date
Firma del padre/madre Fecha

Provider Name Date Reviewed
Nombre del proveedor Fecha de revisión