

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

MIT Medical Department Медицинский департамент МТИ

Pediatrics History Form История медицинского обслуживания ребенка

Dear Parent:

Уважаемые родители!

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

Данный документ является анкетой о состоянии здоровья Вашего ребенка. **Заполните данную форму. Возьмите ее с собой при посещении врача.**

Date completed: Дата заполнения: _____

Child's Name: Фамилия, имя ребенка: _____ Date of Birth: Дата рождения: _____

Contact Information for Parent 1

Контактная информация родителя 1

Name: Фамилия, имя: _____ Email: Адрес эл. почты: _____

Home Address Домашний адрес: _____

Home Phone: Домашний телефон: _____ Work Phone: Рабочий телефон: _____

Cell/Other: Мобильный/Другой: _____

Contact Information for Parent 2

Контактная информация родителя 2

Контактная информация родителя 1

Name: Фамилия, имя: _____ Email: Адрес эл. почты: _____

Home Address Домашний адрес: _____

Home Phone: Домашний телефон: _____ Work Phone: Рабочий телефон: _____

Cell/Other: Мобильный/Другой: _____

This child lives with: Ребенок проживает с: Mother Матерью Father Отцом Mother/Father Матерью/отцом

Mother/Partner Матерью/сожителем Father/Partner Отцом/сожительницей

Grandparent/Other Бабушкой/дедушкой/другими

MIT Affiliation

Специалист МТИ

Person: Особа: _____ Position: Должность: _____ Department: Отдел: _____

FAMILY HISTORY

ИСТОРИЯ СЕМЬИ

1. Parent 1 Родитель 1 Age: Возраст: _____ Current Health: Состояние здоровья в данный момент: _____

Past Health Problems: Проблемы со здоровьем в прошлом: _____

Ethnicity: Национальность: _____

Education/Training: Образование/профессиональная подготовка: _____

office use only - place label or print here

Patient name: _____
 MRN _____
 DOB: _____
 Date: _____

2. Parent 2 Родитель 2 Age: Возраст: _____ Current Health: Состояние здоровья в данный момент: _____

Past Health Problems: Проблемы со здоровьем в прошлом: _____

Ethnicity: Национальность: _____

Education/Training: Образование/профессиональная подготовка: _____

3. Marital Status of Parents: Семейное положение родителей: _____

4. Other Children in Family:

Другие дети в семье

<u>Date of Birth</u>	<u>Gender</u>	<u>Name</u>	<u>Healthy or Medical Issues?</u>
<u>Дата рождения</u>	<u>Пол</u>	<u>Фамилия, имя</u>	<u>Проблемы со здоровьем</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5. Are there cultural or religious practices that might affect your child's medical care? Есть ли какие-либо культурные или религиозные обычаи, которые могут влиять на лечение Вашего ребенка? no Нет yes Да
 If yes, please explain (e.g. blood transfusion, dietary rules, etc.): Если да, то какие? (например, переливание крови, соблюдение диеты, и т.д.): _____

6. Is there tobacco use in/around your household? Есть ли в семье/среди близких курящие? no Нет yes Да

7. Is there a history in the **family/a blood relative** of: Были ли в **семье/среди родственников** случаи заболевания следующими болезнями:

- If yes, state relationship to child Если да, укажите связь с ребенком
- a. Allergies Аллергия _____ no Нет yes Да _____
 - b. Anxiety Тревога _____ no Нет yes Да _____
 - c. Asthma Астма _____ no Нет yes Да _____
 - d. Birth Defects/Genetic Problems Врожденные дефекты/генетические проблемы _____
 no Нет yes Да _____
 - e. Cancer Рак
 - i. Brain мозга _____ no Нет yes Да _____
 - ii. Breast груди _____ no Нет yes Да _____
 - iii. Colon толстой кишки _____ no Нет yes Да _____
 - iv. Ovarian яичников _____ no Нет yes Да _____
 - v. Skin кожи _____ no Нет yes Да _____
 - vi. Thyroid щитовидной железы _____ no Нет yes Да _____
 - vii. Other (describe and state relationship to child): Другое (опишите и укажите связь с ребенком): _____
 - f. Depression Депрессия _____ no Нет yes Да _____
 - g. Diabetes Диабет _____ no Нет yes Да _____

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- h. Hearing Loss Потеря слуха _____ no Нет yes Да _____
- i. Heart Attack Сердечный приступ _____ no Нет yes Да _____
- j. Heart Disease Заболевание сердца _____ no Нет yes Да _____
- k. Hepatitis Гепатит _____ no Нет yes Да _____
- l. High Blood Pressure Высокое кровяное давление _____ no Нет yes Да _____
- m. High Cholesterol Высокий уровень холестерина _____ no Нет yes Да _____
- n. Learning Disability Необучаемость _____ no Нет yes Да _____
- o. Mental Illness Психические заболевания _____ no Нет yes Да _____
- p. Seizures Приступы _____ no Нет yes Да _____
- q. Thyroid Problems Заболевания щитовидной железы _____ no Нет yes Да _____
- r. Tuberculosis Туберкулез _____ no Нет yes Да _____

PRENATAL HISTORY ДОРОДОВАЯ ИСТОРИЯ

1. While pregnant, did mother have: Во время беременности у матери наблюдались:
 - a. Bleeding or spotting кровотечения или выделения _____ no Нет yes Да _____
 - b. German measles (Rubella) коревая краснуха _____ no Нет yes Да _____
 - c. Gestational diabetes гестационный диабет _____ no Нет yes Да _____
 - d. High blood pressure высокое кровяное давление _____ no Нет yes Да _____
 - e. Illness other than cold/flu болезни, кроме простуды/гриппа _____ no Нет yes Да _____
 - f. Kidney disease заболевание почек _____ no Нет yes Да _____
 - g. Premature labor преждевременные роды _____ no Нет yes Да _____
 - h. Threatened miscarriage угроза выкидыша _____ no Нет yes Да _____
 - i. Toxemia токсикоз _____ no Нет yes Да _____
2. Were medications or herbs taken during pregnancy? Принимались ли во время беременности какие либо медикаменты или травы? _____ no Нет yes Да _____
If yes, what kind: Если да, то какие? _____
3. Was a fertility treatment used for this pregnancy? Применялись ли вспомогательные репродуктивные технологии при беременности? _____ no Нет yes Да _____
If yes, what kind: Если да, то какие? _____

BIRTH HISTORY ИСТОРИЯ РОЖДЕНИЯ

1. Where was child born: Место рождения ребенка: _____
2. Was labor induced? Применялась ли искусственная стимуляция родов? _____ no Нет yes Да _____
3. Was labor helped by medication? Применялись ли медикаменты для возбуждения родовой деятельности? _____ no Нет yes Да _____
4. Duration of labor: Продолжительность родов: _____
5. Was child born early (less than 38 weeks)? Был ли ребенок недоношенным (менее 38 недель)? _____ no Нет yes Да _____
6. Was child born late (after 42 weeks)? Был ли ребенок переношенным (более 42 недель)? _____ no Нет yes Да _____
7. What was the method of delivery: Каким способом был рожден ребенок:
 - Breech тазовое предлежание
 - Caesarean (Please state reason): кесарево сечение (укажите причину): _____
 - Forceps щипцовое извлечение плода
 - Spontaneous vaginal самопроизвольные вагинальные роды
8. Child's birth weight: Вес ребенка при рождении: _____
9. Apgar Score (if known): Количество баллов по шкале Апгар (если известно): _____
10. During the hospital stay, did child have any of the following:

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

В ходе пребывания в медицинском учреждении, применялось или наблюдалось ли следующее:

- a. Antibiotic treatment антибиотикотерапия _____ no Нет yes Да _____
- b. Blue spells одышечный приступ _____ no Нет yes Да _____
- c. Convulsions конвульсии _____ no Нет yes Да _____
- d. Jaundice желтуха _____ no Нет yes Да _____
- e. Skin rash кожная сыпь _____ no Нет yes Да _____
- f. Did child remain in hospital longer than mother? Ребенок оставался в больнице дольше, чем мать? _____
 no Нет yes Да _____

11. How was/is baby fed? Образ питания ребенка:

- Bottle искусственное питание
- Breast грудное вскармливание

**DEVELOPMENTAL HISTORY:
 ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ**

1. At what age did child:

Age

В каком возрасте ребенок:

Возраст

- a. Hold up head удерживает голову _____
- b. Roll over переворачивается _____
- c. Sit unsupported сидит без поддержки _____
- d. Stand alone самостоятельно стоит _____
- e. Walk ходит _____
- f. Talk разговаривает _____
- g. Toilet train пользуется горшком _____
 Feed him/herself самостоятельно кушает _____
- h. Dress him/herself самостоятельно одевается _____

IMMUNIZATIONS

ПРИВИВКИ

PLEASE GIVE US A COPY OF PREVIOUS IMMUNIZATIONS/VACCINES
ПРЕДОСТАВЬТЕ КОПИЮ ПРЕДЫДУЩИХ ПРИВИВОК/ВАКЦИНАЦИЙ
And TB (Tuberculosis) Testing or BCG Vaccination
и результаты анализов на туберкулез или справку о вакцинации БЦЖ

**PAST MEDICAL HISTORY:
 ИСТОРИЯ БОЛЕЗНЕЙ**

1. Has the child had: У ребенка случались:

- a. Blood: anemia (iron deficiency, Sickle Cell, Thalessemia) заболевания крови: анемия (железодефицитная, серповидноклеточная, мишеневидно-клеточная) _____ no Нет yes Да
- b. Blood transfusions переливания крови _____ no Нет yes Да
- c. Chicken pox (Varicella) ветрянка (ветряная оспа) _____ no Нет yes Да
- d. Contusions ушибы _____ no Нет yes Да
- e. Convulsions конвульсии _____ no Нет yes Да
- f. Fractures желтуха _____ no Нет yes Да
- g. German Measles (Rubella) коревая краснуха _____ no Нет yes Да
- h. Hospitalizations госпитализации _____ no Нет yes Да
- i. Measles (Rubeola) корь _____ no Нет yes Да
- j. Meningitis менингит _____ no Нет yes Да
- k. Mumps эпидемический паротит (свинка) _____ no Нет yes Да

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

l. Operations операции _____ no Нет yes Да
 If yes, what illness? Если да, то в связи с какими заболеваниями? _____

m. Poison ingestion употребление яда _____ no Нет yes Да

n. Other serious medical illnesses другие серьезные болезни _____ no Нет yes Да
 If yes, what kind? Если да, то какие? _____

o. Is your child currently taking any medications, vitamins or herbs? Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты, витамины или травы? no Нет yes Да

Medication Лекарства	Strength/Dose Количество/Доза	How Often? Как часто?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

p. Reaction to medication or food (allergy) Реакция на лекарства или продукты питания (аллергия) _____ no Нет yes Да
 If yes, please explain: Если да, укажите на что: _____

q. Any chronic or recurring pain? Случаются ли проявления хронической или периодической боли? _____ no Нет yes Да
 If yes, please explain: Если да, укажите какой: _____

2. Eyes: Глаза

a. Any visual problems? Проблемы со зрением? _____ no Нет yes Да

b. Do eyes look crossed? Косоглазие? _____ no Нет yes Да

c. Does the child wear eyeglasses? Ребенок носит очки? _____ no Нет yes Да

3. Ears: Уши

a. Any hearing problems? Проблемы со слухом? _____ no Нет yes Да

b. Three or more ear infections? Ребенок перенес три или более ушных инфекций? no Нет yes Да

4. Nose: Нос

a. Does the child have frequent attacks of sneezing or rubbing his/her nose? Ребенок страдает от частых приступов чихания или трет свой нос? _____ no Нет yes Да

b. Has the child had frequent nose bleeds? У ребенка часто случаются носовые кровотечения? _____ no Нет yes Да

5. Throat: Горло

a. Does your child have three or more strep throat infections per year? Случаются ли у ребенка три или более случаев заболевания острым фарингитом в течение года? _____ no Нет yes Да

6. Heart: Сердце

Have you ever been told your child has Вашему ребенку когда-нибудь диагностировали

a. A heart murmur? шум в сердце? _____ no Нет yes Да

b. Heart defect? сердечную недостаточность? _____ no Нет yes Да

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

7. c. High blood pressure? высокое кровяное давление? _____ no Нет yes Да
Lungs: Легкие

Has your child ever had У Вашего ребенка наблюдалась

- a. Asthma/wheezing? астма/свистящее дыхание? _____ no Нет yes Да
b. Bronchitis or pneumonia? бронхит или пневмония? _____ no Нет yes Да
c. Chronic cough? хронический кашель? _____ no Нет yes Да
8. Does your child tire easily? Ваш ребенок быстро устает? _____ no Нет yes Да
9. Abdomen Брюшная полость

Has your child ever had У Вашего ребенка наблюдалась

- a. Blood in bowel movement? кровь в стуле? _____ no Нет yes Да
b. Difficulty with appetite or eating? нарушение аппетита или принятия пищи? _____ no Нет yes Да
c. Frequent abdominal pain? частые боли в области брюшной полости? _____ no Нет yes Да
d. Frequent vomiting or diarrhea? частая рвота или диарея? _____ no Нет yes Да
e. Jaundice? желтуха? _____ no Нет yes Да
f. Marked weight loss? заметная потеря веса? _____ no Нет yes Да
If yes, please explain: Если да, укажите какая: _____

10. Kidney: Почки

- a. Does your child ever complain of burning or frequency of urination? Ваш ребенок когда-нибудь жаловался на частое мочеиспускание или жжение при мочеиспускании? _____ no Нет yes Да
b. Does your child wet the bed? Ваш ребенок мочится в кровать? _____ no Нет yes Да
c. Has there ever been blood in the urine? Вы когда-нибудь наблюдали кровь в моче Вашего ребенка? _____ no Нет yes Да
d. Has your child ever had a urinary tract infection? У Вашего ребенка были случаи заражения мочевых путей? _____ no Нет yes Да

11. Skin: Кожа

- a. Acne? Угревая сыпь? _____ no Нет yes Да
b. Any sensitivity or allergy? Чувствительность или аллергия? _____ no Нет yes Да
c. Eczema or atopic dermatitis? Экзема или атопический дерматит? _____ no Нет yes Да

12. Extremities: Конечности

Has your child У Вашего ребенка диагностировали

- a. Had weakness or paralysis of arms or legs? слабость или паралич рук или ног? _____ no Нет yes Да
b. A persistent limp? постоянную хромоту? _____ no Нет yes Да
c. Every worn corrective shoes or braces? Ваш ребенок когда либо носил корректирующую обувь или скобы? _____ no Нет yes Да

13. Neurological: Неврологические заболевания

Has your child ever had У Вашего ребенка наблюдалась

- a. Breath holding? задержка дыхания? _____ no Нет yes Да
b. Convulsions or seizures? конвульсии или припадки? _____ no Нет yes Да
c. Dizziness? головокружение? _____ no Нет yes Да
d. Fainting? обморок? _____ no Нет yes Да
e. Frequent headaches? частые головные боли? _____ no Нет yes Да
f. Temper tantrums? вспышки гнева? _____ no Нет yes Да

14. Is your child: Вашего ребенок

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- a. Impulsive? импульсивен? _____ no Нет yes Да
- b. Lacking in self-control? с трудом себя контролирует? _____ no Нет yes Да
- c. Overactive? сверхактивен? _____ no Нет yes Да

Does your child have problems with: У Вашего ребенка есть проблемы с

- i. Attending school? посещением школы? _____ no Нет yes Да
- ii. Attention span? концентрацией внимания? _____ no Нет yes Да
- iii. Learning? обучением? _____ no Нет yes Да
- iv. Mood? настроением? _____ no Нет yes Да
- v. Parents? родителями? _____ no Нет yes Да
- vi. Peers? сверстниками? _____ no Нет yes Да
- vii. Siblings? братьями или сестрами? _____ no Нет yes Да
- viii. Sleep? сном? _____ no Нет yes Да

- d. Are there concerns about physical, sexual or emotional abuse? Существуют ли у Вас опасения касательно физического, сексуального или психологического насилия? _____ no Нет yes Да
(You may call **Mental Health Services** to set up an evaluation at 617.253.2916 for any of the above.)
(Вы можете позвонить в **Службу психического здоровья** по номеру 617.253.2916, чтобы изменить любые показания.)

15. Has your child begun puberty? У Вашего ребенка наступил период половой зрелости? no Нет yes Да

16. Any other concerns you would like to discuss? Другие вопросы, которые Вы хотели бы обсудить? _____

Parent Signature

Date

Provider Name

Date Reviewed

Подпись родителей

Дата

Имя специалиста

Дата осмотра