

**PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP  
NEW PATIENT – PEDIATRIC HISTORY FORM**

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: M/F \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_\_\_ Language spoken: \_\_\_\_\_ Person completing form: \_\_\_\_\_  
(Specify: Mother, Father, Grandparent, Other)

<b>BIRTH HISTORY</b>	<b>PAST MEDICAL HISTORY</b>
Where was the child born?	Does your child have any medical problems?
Were there any problems during pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please specify:	Please check all that apply:
Did Mom use drugs/alcohol/smoking during pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Birth Injury/Trauma
Type of Birth: Vaginal/C-Section	<input type="checkbox"/> Developmental Delay
Birth weight: _____ LB. _____ OZ.	<input type="checkbox"/> Speech Delay
Any Problems after Birth?	<input type="checkbox"/> Hearing Problems
Did the baby have to be admitted to the NICU? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, If yes, where and how long?	<input type="checkbox"/> Vision Problems
<b>ALLERGIES</b>	<input type="checkbox"/> ADHD
	<input type="checkbox"/> Autism
Does the Child have any allergies to? Medications? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes please list:	<input type="checkbox"/> Asthma
Insects:	<input type="checkbox"/> Sinus Problems
Foods:	<input type="checkbox"/> Pneumonia
Other, Specify:	<input type="checkbox"/> Recurrent Infections, Specify:
<b>HOSPITALIZATIONS</b>	<input type="checkbox"/> Chicken Pox, If yes, when?
	<input type="checkbox"/> Heart Murmur
Was your child ever admitted Overnight in the Hospital: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Seizures
If Yes, please specify:	<input type="checkbox"/> Syncope (Passing Out)
	<input type="checkbox"/> Anemia
	<input type="checkbox"/> Bleeding/Clotting Problems
	<input type="checkbox"/> Sickle Cell Trait/Disease
	<input type="checkbox"/> Thyroid Problems
	<input type="checkbox"/> Kidney Problems
	<input type="checkbox"/> Other: Please Specify

PAST SURGICAL HISTORY	MEDICATION HISTORY	
In the past did your child have any surgeries?	List all medications your child takes include over the counter medications	
<input type="checkbox"/> Circumcision, when:		
<input type="checkbox"/> Tubes in the ears, When		
<input type="checkbox"/> Tonsils taken out, when:		
<input type="checkbox"/> Adenoids taken out, when:		
<input type="checkbox"/> Sinus surgery, when:		
<input type="checkbox"/> Appendix taken out		
<input type="checkbox"/> Hernia repaired		
<b>SOCIAL HISTORY</b>	<b>FAMILY HISTORY: BIOLOGICAL</b>	
Where does the child live? Apartment/House/Mobile Home Other:	Does any family member have any of the following?	
Who does the child live with? Biological Parents/Adoptive Parents Grand Parents/Foster Parent Other:	<b>Problem</b>	<b>Who has it?</b>
Does the child attend daycare/school: Grade:	<input type="checkbox"/> Asthma	
List any pets at home	<input type="checkbox"/> Bleeding Problems	
Any smokers at home: Yes or No?	<input type="checkbox"/> Heart Problems	
	<input type="checkbox"/> Sudden Cardiac deaths	
<b>HOUSEHOLD MEMBERS</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes	
Please list all members at home:	<input type="checkbox"/> High/Low blood pressure	
Name                      Age                      Relation to child	<input type="checkbox"/> High Cholesterol	
	<input type="checkbox"/> Liver problems	
	<input type="checkbox"/> Kidney problems	
	<input type="checkbox"/> Hearing Loss	
	<input type="checkbox"/> Seizures	
	<input type="checkbox"/> Bipolar/Depression/Anxiety	
	<input type="checkbox"/> Cancer: What kind?	
	<input type="checkbox"/> Drug use/Alcohol use	
	<input type="checkbox"/> Incarcerated	
	<input type="checkbox"/> Reactions to Anesthesia	
	<input type="checkbox"/> Immune problems	
	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal Problems	
	<input type="checkbox"/> Other:	

**PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP**  
**Paciente Nuevo – Formulario de Historia Pediatrica**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M/F \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Que idioma habla: \_\_\_\_\_ Persona que completa formulario: \_\_\_\_\_  
 (Especifique: Madre, Padre, Abuelo o otro )

HISTORIA DE NACIMIENTO	HISTORIA MEDICA
Donde nacio el niño(a)?	<input type="checkbox"/> Su hijo(a) tiene problemas medicas?
	<input type="checkbox"/> Por favor especifique todo lo que aplica:
Hubo problemas durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, especifique:	<input type="checkbox"/> Lesiones de nacimiento/trauma
	<input type="checkbox"/> Problemas con el desarrollo
La Madre uso drogas/alcohol/o fumo durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tardanza de discursos o hablar
	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos o del oido
Metodo de parto: Vaginal/Cesarea	<input type="checkbox"/> Problemas de visión o con ojos
Peso al nacer: _____ Libras _____ Onzas	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD
Hubo algún problema despues del nacimiento?	<input type="checkbox"/> Autismo
	<input type="checkbox"/> Asma
Tuvo que ser internado el bebe al los cuidados intensivos neonatales? Si/No, donde y cuanto tiempo?	<input type="checkbox"/> Problemas de sinuitis
	<input type="checkbox"/> Pulmonia
	<input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes
	<input type="checkbox"/> Varicela, y Si si, cuando
<b>ALERGIAS</b>	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco
El niño(a) tiene una alergia a?	<input type="checkbox"/> Convulsiones
Medicamentos? Si/No, que tipo:	<input type="checkbox"/> Sincope (desmayos)
Insectos:	<input type="checkbox"/> Anemia
Comidas:	<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado o de coagulación
Otro especifique:	<input type="checkbox"/> Problemas de celula falciformes o enfermedad
	<input type="checkbox"/> Problemas del tiroides
<b>HOSPITALIZACIONES</b>	<input type="checkbox"/> Problemas renal o de rinon
Nunca a sido su higo(a) admitido a un hospital por una o mas de una noche?	<input type="checkbox"/> Otro: por favor especifique
Si/No, por favor especifique	

ANTECEDENTES MEDICOS/CIRUGIAS/OPERACIONES	HISTORIA DE MEDICAMENTOS	
En el pasado su hijo(a) a tenido cirugía o operaciones?	Lista de todos los medicamentos que su hijo(a) toma incluye los medicamentos que no requieren prescripción.	
<input type="checkbox"/> Circuncision cuando:		
<input type="checkbox"/> Tubos en los oidos, cuando:		
<input type="checkbox"/> Amigdalas, cuando:		
<input type="checkbox"/> Adenoides, cuando:		
<input type="checkbox"/> Cirugia sinusal, cuando:		
<input type="checkbox"/> Apendicitis cuando	<b>HISTORIA FAMILIAR: (BIOLOGICA)</b>	
<input type="checkbox"/> Reparacion de hernia	No tiene usted o cualquier miembro de la familia algún problema, marque de lo siguiente?	
	<b>Problema</b>	<b>Quien la tiene?</b>
	<input type="checkbox"/> Asma	
	<input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado	
	<input type="checkbox"/> Problemas de Corazon	
<b>HISTORIA SOCIAL</b>	<input type="checkbox"/> Muerte subita cardiaca	
Donde reside el nino(a)? Apartamento/Casa/Casa Movil Otro:	<input type="checkbox"/> Diabetes	
	<input type="checkbox"/> Presion alta o baga	
	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
Con quien reside el nino(a)? Padres biologicos/Padres Adoptivos Abuelos Otro:	<input type="checkbox"/> Problemas del higado	
	<input type="checkbox"/> Problemas del rinon	
	<input type="checkbox"/> Perdida de audición	
	<input type="checkbox"/> Convulsiones	
	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar/depresión/ansiedad	
El nino(a) atiende una guarderia /escuela:	<input type="checkbox"/> Cancer, que tipo	
Grado:	<input type="checkbox"/> Uso de drogas o alcohol	
	<input type="checkbox"/> Encarcelamientos	
Liste animales domesticos en la casa	<input type="checkbox"/> Las reacciones a la anestesia	
Alguien fuma en la casa: Si/No?	<input type="checkbox"/> Problemas inmunologicos	
	<input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinal	
<b>MIEMBROS DEL HOGAR</b>	<input type="checkbox"/> Otro:	
Liste todos los miembros en el hogar:  Nombre                      Edad                      Relacion al nino(a)	<input type="checkbox"/>	