



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**PATIENT INFORMATION**

Paciente: Apellido, Nombre, Segundo Nombre (apodo)  
M ( ) F ( )

Patient: Last, First, Middle (Nickname)  
M ( ) F ( )

FECHA DE NACIMIENTO

BIRTH DATE

Número de Seguro Social del niño  
(debe estar registrado para la presentación correcta de los seguros)

Child's Social Security #  
(must be registered for proper filing of insurance(s))

Dirección:

Address

Ciudad, Estado, Código postal

City, State, Zip Code

Teléfono de casa (incluido el código de área) - Teléfono celular:

Home Phone (including area code) - Cell Phone:

Raza / Etnicidad

Race / Ethnicity

- Indio Americano
- Afroamericano
- Hawaiano
- Otro
- Asiatico
- Caucasico
- Hispano
- Disminucion

- American Indian/Alaskan
- African American/Black
- Hawaiian/Pacific Islander
- Other
- Asian
- Caucasian/White
- Hispanic
- Decline

Lenguaje primario \_\_\_\_\_

Primary Language \_\_\_\_\_

¿Vive este niño con:

Does this child live with:

- padre?
- madre?
- ¿Otro adulto?

- Father?
- Mother?
- Other Adult?

**Información del Guardián #1**

**GUARDIAN INFORMATION #1**

Padre 1: Apellido, Nombre,

Parent 1: Last, First,

FECHA DE NACIMIENTO

BIRTH DATE

Número de seguridad social:

Social Security Number:

Dirección:

Address:

Ciudad, Estado, Código postal

City, State, Zip Code

Empleador / Teléfono de trabajo

Employer/Occupation Work Phone

**Información del Guardián #2**

**GUARDIAN INFORMATION #2**

Padre 2: Apellido, Nombre,

Parent 2: Last, First,

FECHA DE NACIMIENTO

BIRTH DATE

Número de seguridad social

Social Security Number

Dirección

Address

Ciudad, Estado, Código postal

City, State, Zip Code

Empleador / Ocupación Teléfono de trabajo

Employer/Occupation Work Phone

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Relativo más cercano: Apellido, Nombre, Relación  
**Número de teléfono (1):** \_\_\_\_\_  
**Número de teléfono (2):** \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DE LA FACTURACIÓN**

(Debe estar presente en esta cita, proporcionar una tarjeta de identificación con foto y firmar al final de esta hoja)

Apellido, Nombre, 2do Nombre, Relación con el paciente  
 Igual que la información enumerada en Información del tutor

FECHA DE NACIMIENTO, Seguridad Social #

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Nombre del suscriptor A / N / 2N (titular de seguro)

Relación con Pt. \_\_\_\_\_

Igual que la información enumerada en Información del tutor

FECHA DE NACIMIENTO, Seguridad Social #

Nombre de la compañía de seguros (PPO, HMO, Opciones, etc.)

Número de ID del suscriptor (ID de miembro) Grupo #

Dirección de la compañía de seguros (parte posterior de la tarjeta)

Número de teléfono de la compañía de seguros (parte posterior de la tarjeta)

Empleador que proporciona el teléfono del seguro

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Hermanos y hermanas, FDN, problemas de salud?

**INFORMACION DE LA FARMACIA**

Nombre de la farmacia: Ubicación

**INFORMACIÓN DE CUIDADO PREVIO**

¿Qué médico / clínica ha atendido a este niño en el pasado?

Ciudad, Teléfono

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION**

Nearest Relative: Last, First, Relationship  
 Phone Number (1): \_\_\_\_\_  
 Phone Number (2): \_\_\_\_\_

**PARTY RESPONSIBLE FOR BILLING**

(Must be present at this appointment, provide picture ID and sign bottom of this sheet)

Last, First, Middle, Relationship to Patient  
 Same as information listed under Guardian Info

BIRTH DATE, Social Security #

Address

City, State, Zip Code

Home Phone: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION**

Subscriber Name L/F/M (Primary Insurance Holder)

Relationship to Pt. \_\_\_\_\_

Same as information listed under Guardian Info

BIRTH DATE, Social Security #

Insurance Company Name Plan Type (PPO, HMO, Options, etc)

Subscriber ID # (Member ID) Group #

Insurance Company Address (Back of Card)

Insurance Company Phone Number (Back of Card)

Employer providing Insurance Phone

**FAMILY INFORMATION**

Brothers and Sisters, DOB, Health Issues?

**PHARMACY INFORMATION**

Pharmacy Name: Location

**PRIOR CARE INFORMATION**

What Doctor/Clinic has taken care of this child in the past?

City, Phone

## Cuestionario de Historia Médica

Nombre del paciente

---



## Medical History Questionnaire

Patient Name

---

número de página 1

PAGE 1

Fecha de nacimiento, Hora de nacimiento (recién nacido)

---

1. ¿Hubo algún problema durante el embarazo o el nacimiento de este niño?

- Sí  No
- 

En caso afirmativo, explíquelo por favor

2. ¿Ha tenido su hijo algún problema médico significativo (incluyendo Corazón, hígado, problemas renales, alergias, asma, infecciones frecuentes),

¿Problemas de comportamiento, crecimiento o desarrollo?

- Sí  No
- 

En caso afirmativo, explíquelo por favor

3. ¿Algún miembro de la familia inmediata tiene problemas médicos significativos?

- Sí  No
- 

En caso afirmativo, explíquelo por favor

4. ¿Hay algún historial familiar de lo siguiente (circule)? del corazón antes de los 50 años, Diabetes, Cáncer, Tuberculosis, Asma, ¿Alergias, enfermedad infantil hereditaria, anemia de células falciformes?

5. ¿Alguno de los padres tiene un colesterol total superior a 240?

- Sí  No

6. ¿Alguna hospitalización, accidente o cirugía?

- Sí  No
- 

En caso afirmativo, explíquelo por favor Enfermedad

7. ¿Alguna alergia a medicamentos?

- Sí  No

Si la respuesta es Sí, liste y describa

---

8. ¿Alguna comida o alergia ambiental?

- Sí  No

Si la respuesta es Sí, liste y describa

---

9. ¿Están las vacunas de su hijo al día? (Por favor, proporcione los registros).

- Sí  No

10. ¿Su hijo asiste a la guardería? ¿Si es así, donde?

- Sí  No

Si es así, por favor liste

---

Date of Birth, Time of Birth (Newborn)

---

1. Were there any problems during the pregnancy or birth of this child?

- Yes  No
- 

If Yes, please explain

2. Has your child ever had any significant medical problems (including heart, liver, kidney problems, allergies, asthma, frequent infections),

behavioral, growth, or developmental problems?

- Yes  No
- 

If Yes, please explain

3. Do any immediate family members have significant medical problems?

- Yes  No
- 

If Yes, please explain

4. Is there any family history of the following (please circle): Heart disease before age 50, Diabetes, Cancer, Tuberculosis, Asthma, Allergies, Inherited Childhood Disease, Sickle Cell Anemia?

5. Does either parent have a total cholesterol over 240?

- Yes  No

6. Any hospitalizations, accidents or surgery?

- Yes  No
- 

If Yes, please explain

7. Any medication allergies?

- Yes  No

If Yes, list and describe

---

8. Any food or environmental allergies?

- Yes  No

If Yes, list and describe

---

9. Are your child's immunizations up to date? (Please furnish records)

- Yes  No

10. Does your child attend daycare? If so, where?

- Yes  No

If Yes, please list

---

11. ¿Tiene su hijo algún problema escolar o de aprendizaje?  
 Si  No

En caso afirmativo, explíquelo por favor

---

12. ¿Quién vive en tu casa?

---

13. ¿Hay problemas matrimoniales o familiares graves?  
 Si  No

En caso afirmativo, explíquelo por favor

---

14. ¿Quién fuma en la casa?

---

¿Quién tiene los derechos legales de toma de decisiones  
médicas para este niño?

Nombre, Relación al niño

---

15. ¿Te sientes seguro en casa?

Si  No

16. ¿Hay mascotas en casa?

Si  No

17. ¿Cuál es la principal fuente de agua del niño?

Ciudad  Pozo  Botella

18. ¿El agua está fluorada?

Si  No

19. ¿La familia entera usa cinturones de seguridad en el auto?

Si  No

20. ¿Está el paciente tomando algún medicamento  
de venta libre / con receta?

21. ¿Hay alguna otra información que nos ayude a cuidar a su hijo?

---

---

11. Does your child have any school or learning problems?  
 Yes  No

If Yes, please explain

---

12. Who lives in your home?

---

13. Are there any serious marital or family problems?  
 Yes  No

If Yes, please explain

---

14. Who smokes in the home?

---

Who has Legal Medical Decision-Making Rights for this child?

Name Relation to child

---

15. Do you feel safe at home?

Yes  No

16. Are there pets at home?

Yes  No

17. What is the child's primary source of water?

City  Well  Bottle

18. Is the water fluorinated?

Yes  No

19. Does the entire family wear seat belts in the car?

Yes  No

20. Is the patient taking any OTC/Prescription Medications?

---

21. Is there any other information which would help us care for your child?

---

---

**Riesgo de exposición al plomo:**

- ¿Vive su hijo o visita regularmente una casa construida antes de 1960?  
 Si  No
- ¿Con pintura descascarada / astillada o renovación reciente?  
 Si  No
- ¿Tiene su hijo un hermano, compañero de casa o compañero de juegos con plomo?  
 Si  No
- ¿Envenenamiento o alto nivel de plomo?  
 Si  No
- ¿Hay algún adulto en casa cuyo trabajo o pasatiempo involucre la exposición al plomo?  
 Si  No
- ¿Vive su hijo cerca de una fundición de plomo activa, reciclaje de baterías?  
 Si  No
- ¿Una planta u otra industria que pueda liberar plomo?  
 Si  No

**Evaluación del riesgo de tuberculosis (TB):**

- ¿Usted o el niño nace en el extranjero?  
 Si  No
- ¿Tiene antecedentes familiares de tuberculosis?  
 Si  No
- ¿Hay un adulto con infección por VIH en la familia o alrededor de ella?  
 Si  No
- ¿Tiene un familiar que ha estado en la cárcel en los últimos 5 a 10 años?  
 Si  No
- ¿Tiene o cuida a niños de crianza temporal que puedan estar en riesgo de contraer TB o cuyas historias médicas no estén?  
 Si  No
- ¿Vive en un vecindario de alto riesgo o en uno con familias migrantes o sin hogar?  
 Si  No

**Lead Exposure Risk:**

número de página 3

PAGE 3

- Does your child live in or regularly visit a house built before 1960 with peeling/chipping paint or recent renovation?  
 Yes  No
- Does your child have a sibling, housemate, or playmate with lead poisoning or a high lead level?  
 Yes  No
- Is there an adult at home whose job or hobby involves lead exposure?  
 Yes  No
- Does your child live near an active lead smelter, battery recycling plant, or other industry likely to release lead?  
 Yes  No

**TB(Tuberculosis) Risk Assessment:**

- Are you or the child foreign born?  
 Yes  No
- Do you have a family history of TB?  
 Yes  No
- Is there an adult with HIV infection in or around the family?  
 Yes  No
- Do you have a family member who has been in jail within the past 5 to 10 years?  
 Yes  No
- Do you have or care for foster children who may be at risk for TB or whose medical histories are missing?  
 Yes  No
- Do you live in a high-risk neighborhood or in one with migrant families or homeless?  
 Yes  No