



16655 FOOTHILL BLVD.  
FONTANA, CALIFORNIA 92335  
(909) 427-1303

1850 N. RIVERSIDE AVE.  
RIALTO, CALIFORNIA 92376  
(909) 421-3002

2150 N. WATERMAN AVE.  
SAN BERNARDINO, CALIFORNIA 92404  
(909) 881-4115

CHDP   
Other

# Pediatric History Form

Nombre \_\_\_\_\_ Edad del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de la cita \_\_\_\_\_

## A. Historial de Nacimiento

- Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
- Embarazo normal? \_\_\_\_\_
- Parto normal? \_\_\_\_\_
- Nacio antes de tiempo? \_\_\_\_\_
- Peso de nacimiento? \_\_\_\_\_
- Medida de nacimiento? \_\_\_\_\_
- Algun problema? \_\_\_\_\_

Prueba de Tuberculosis \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

- Medicinas (Las toma ahora?) \_\_\_\_\_

## D. Hospitalizaciones

(cuando, donde, porque) \_\_\_\_\_

## E. Cirugias

(cuando, donde, porque) \_\_\_\_\_

## F. Lastimaduras Serias

(cuando, donde, porque) \_\_\_\_\_

## G. Reacciones alergicas

(medicina, asthma, urticaria, eczema, fiebre del heno) \_\_\_\_\_

## H. Historial Familiar

- Padre: vive? \_\_\_\_\_ Edad ahora \_\_\_\_\_ Salud \_\_\_\_\_

- Madre: vive? \_\_\_\_\_ Edad ahora \_\_\_\_\_ Salud \_\_\_\_\_

- Hermanos/as \_\_\_\_\_ Cuantos \_\_\_\_\_

Edades \_\_\_\_\_ Salud \_\_\_\_\_

- Algun historial familiar de lo siguiente:

Diabetes \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Convulsiones \_\_\_\_\_ Enfermedad del corazon \_\_\_\_\_

Tuberculosis \_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_

Otros? \_\_\_\_\_

## I. Tiempo que la familia vive en el area:

Donde vivio antes de venir al area? \_\_\_\_\_

## J. Preguntas Generales

Ha tenido su niño algun problema inusual con los siguientes organos?

Cabeza \_\_\_\_\_

Ojos \_\_\_\_\_

Oidos/nariz/garganta \_\_\_\_\_

Pecho/corazon/pulmones \_\_\_\_\_

Estomago \_\_\_\_\_

Rinones \_\_\_\_\_

Bejiga \_\_\_\_\_

Huezos o musculos \_\_\_\_\_

Piel \_\_\_\_\_

Sangre \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima prueba de sangre? \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima prueba de orina? \_\_\_\_\_

## K. Algun comentario especial sobre su niño?

\_\_\_\_\_

## L. Su ultimo Doctor fue \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_