

The University of Kansas Physicians

Department of Pediatrics

Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____ years old

Reason for today's visit: Well Child Other: _____

Allergies: _____ No Known Allergies

MEDICATIONS

Medication	Dose	Frequency	Is your child currently taking? Yes or No

PHARMACY: _____

HEALTH HISTORY

BIRTH INFORMATION

Birth Length: _____ Birth Weight: _____ Birth Head Circ: _____
Discharge Weight: _____ Gestational Age: _____ Delivery Method: Vaginal C-Section
Duration of Labor: _____

Hospital Information

Days in Hospital: _____ Hospital Name: _____ Hospital Location: _____

APGAR Scores

APGAR 1: _____ APGAR 5: _____ APGAR 10: _____
Feeding: Bottle Fed Breast Fed Unknown
Additional Comments:

MEDICAL HISTORY (Checkmark all that apply)

Cardiac History:

Congenital Heart Disease

Developmental History:

ADHD Developmental delay Hearing problems Vision problems

Endocrine History:

Diabetes Mellitus Obesity

GI History:

Abdominal Pain Constipation GERD

Hematology/Oncology History:

Anemia Cancer

ID History:

Chicken Pox Meningitis Recurrent Otitis Media Urinary Tract Infection

Nephrology History:

Kidney Disease

Neurology History:

Chronic Headache

Respiratory History:

Asthma Home Oxygen Use Seasonal Allergies Tuberculosis Exposure
 Wheezing

Trauma History:

Concussion Fracture

Other Medical History:

The University of Kansas Physicians
Department of Pediatrics

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____

Motivo de la visita: Well Child **Otro:** _____

Alergias: _____ No Alergias

MEDICAMENTOS

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Actualmente, su hijo lo toma? Si o No

FARMACIA: _____

HISTORIA DE SALUD

INFORMACION DE NACIMIENTO

Longitud: _____ Peso: _____ Circunferencia de Cabeza: _____
 Peso de Salida: _____ Edad Gestacional: _____ Método de Parto Normal Cesárea
 Duración del Parto: _____

Información del Hospital

Días en el Hospital: _____ Nombre del Hospital: _____ Locación del Hospital: _____

APGAR Scores

APGAR 1: _____ APGAR 5: _____ APGAR 10: _____
 Feeding: Botella Pecho Desconocido
 Comentarios Adicionales: _____

HISTORIAL MEDICO (Marque todas las que correspondan)

- Historia Cardíaca:*
 Enfermedad Congénita del Corazón
- Historia del Desarrollo:*
 ADHD Retraso en el Desarrollo Problemas de Escucha Problemas de Vista
- Historial Clínica Endocrino:*
 Diabetes Mellitus Obesidad
- Historial Gastroenterólogo:*
 Dolor Abdominal Constipación GERD
- Historial Hematológico/Oncológico:*
 Anemia Cáncer
- Historial de Enfermedades Infecciosas:*
 Varicela Meningitis Frecuente Infección de Oídos Infección en las Vías Urinarias
- Historial Nefrológico:*
 Enfermedades Renales
- Historial Neurológico:*
 Crónico Dolor de Cabeza
- Historial Respiratorio:*
 Asma Uso de Oxígeno Alergias Estacionales Expuesto a Tuberculosis
 Respira con Dificultad
- Historial de Trauma:*
 Conmoción Cerebral Fractura
- Otro Historial Medico:*

TUBERCULOSIS SCREENING (Checkmark Yes or No)

- Was your child born outside of the U.S.? Yes No
- Has anyone in your family or household lived outside of the U.S.? Yes No
- Has your child traveled outside of the U.S.? Yes No
- Does your child have any member of the household that has traveled outside of the U.S.? Yes No
- Has your child been in contact with someone who has tuberculosis? Yes No
- Has your child been around someone who has been jailed, lived in a homeless shelter, used illegal drugs, or is infected with HIV/AIDS virus? Yes No

SURGICAL HISTORY (Checkmark all that apply)

- Adenoidectomy Ear Tubes Tonsillectomy
- Appendectomy Hernia Repair

PAST HOSPITALIZATIONS None Yes, Date and Reason _____

FAMILY HISTORY (Checkmark the corresponding boxes to any family history)

Relationship	Name	Status	Asthma	Birth Defect	Cancer	Depression	Developmental	Diabetes	Early Death	Hearing Loss	Heart Disease	Hypertension	Kidney Disease	Learning Disability	Stroke	Vision Loss
Mother																
Father																
Sister																
Brother																
Son																
Daughter																
MGM																
MGF																
PGM																
PGM																
Other																
Details: Age of Onset: Comments:																

LEAD SCREEN (Checkmark Yes or No)

- Live in or regularly visit a house built before 1950? (This could include a day care center, preschool, the home of a baby-sitter, or relative, etc) Yes No
- Live in or regularly visit a house built before 1978 with recent, ongoing, or planned renovation or remodeling? Yes No
- Have a sibling, housemate, or playmate being followed or treated for lead poisoning (that is blood level > or = 10ug/dl)? Yes No
- Live with an adult whose job or hobby involves exposure to lead? Yes No
- Live near an active lead smelter, battery recycling plant, or other industry likely to release lead or live near a heavily traveled highway? Yes No
- Do you give your child any home or folk remedies? Yes No

DENTAL

- Does your child see a dentist? Yes No
- Date of last exam: _____
- Number of times brushing teeth/day: _____

Proyección de Tuberculosis (Marque Si o No)

- ¿Su hijo nació fuera de E.U.A? Sí No
- ¿Algún familiar o miembro de su casa vivió fuera de E.U.A? Sí No
- ¿Su hijo(a) ha viajado fuera de E.U.A? Sí No
- ¿Su hijo tiene algún miembro de su casa que ha viajado fuera de E.U.A? Sí No
- ¿Su hijo(a) ha tenido algún contacto con alguna persona que ha sido expuesta a Tuberculosis? Sí No
- ¿Su hijo(a) ha estado alrededor de alguna persona que ha sido encarcelada, vivido en un refugio para desamparados, usado drogas, o ha sido infectado con HIV/Virus del Sida? Sí No

Historial Quirúrgico (Marque todas las que correspondan)

- Adenoidectomía Inserción de Tubos en los Oídos Amigdalotomía
- Apendicetomía Reparación de Hernia

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES Ninguna Si, Fecha y Motivo _____

HISTORIA FAMILIAR (Marque la casilla(s) correspondiente al cualquier historia de la familia)

Relación	Nombre	Status	Asma	Defecto de Nacimiento	Cáncer	Depresión	Desarrollo	Diabetes	Muerte Temprana	Perdida del Escucha	Enfermedad del Corazon	Hipertensión	Enfermedad Renal	Dificultades de Aprendizaje	Derrame Cerebral	Perdida de Vista
Madre																
Padre																
Hermana																
Hermano																
Hijo																
Hija																
Abuela Materna																
Abuelo Materno																
Abuela Paterna																
Abuelo Paterno																
Otro																
Detalles:																
Edad de Inicio:																
Comentarios:																

PROYECCION INICIAL (Marque Si o No)

- ¿Vive en o visita regularmente una casa construida antes de 1950? (Incluyendo guardería, preescolar, casa de niñeras o familiar, etc.) Sí No
- ¿Vive en o visita regularmente una casa construida antes de 1978 con el curso reciente, o planes de renovación o remodelación? Sí No
- ¿Tiene un hermano, compañero de piso, o compañero de juego que está recibiendo tratamiento por envenenamiento con plomo (el nivel de sangre > o = 10ug/dl)? Sí No
- ¿Vive con un adulto cuyo trabajo o hobby implica la exposición al plomo? Sí No
- ¿Vive cerca de una fundición de plomo, planta de reciclaje de baterías, u otra industria que Probablemente libere polvo o vive cerca de una carretera muy transitada? Sí No
- ¿Le da a su hijo algún remedio casero? Sí No

DENTAL

- ¿Su hijo visita algún dentista? Sí No
- Fecha del último examen: _____ Número de veces que se cepilla los dientes al día