

# Pediatric History Questionnaire/*Cuestionario de Historia Pediátrica*

Patient's Full Name/*Nombre Completo del Paicente*: \_\_\_\_\_

Date of Birth/*Fecha de Nacimiento*: \_\_\_\_\_ Today's Date/*Fecha de Hoy*: \_\_\_\_\_

## MEDICATION ALLERGIES/*ALERGIA MÉDICA*      YES/*SÍ*      NO

<i>Medication Name/Nombre del Medicamento</i>	<i>Type of Reaction/Tipo de Reacción</i>

## CURRENT MEDICATIONS/*MEDICAMENTOS ACTUALES*


Are child's immunizations up to date? *¿Hasta la fecha el niño(a) ha recibido todas sus vacunas?*

Yes/*Sí* \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Unsure/*No se sabe* \_\_\_\_

## PAST MEDICAL HISTORY/*HISTORIA MÉDICA*

Please list all previous surgeries—include type of surgery and year of surgery/*Favor de hacer una lista de sus cirugías previas – incluye el tipo y año de la cirugía:*

---

---

Please list any previous health problems, major injuries, and hospitalizations, including any difficulties at birth or during delivery/*Favor de hacer una lista de problemas médicos previas, heridas graves, y hospitalizaciones, incluyendo problemas al nacer o durante el parto:*

---

---

## FAMILY HISTORY/*HISTORIA FAMILIAR*

Please list any health problems of immediate family members (parents, siblings, grandparents)/*Favor de hacer una lista de problemas médicos de sus familiares (padres, hermanos, abuelos):*

---

---

Does anyone in the home smoke/*¿Alguien fuma en la casa?*      YES/*SÍ*      NO

Are there pets in the home/*¿Hay mascotas en la casa?*      YES/*SÍ*      NO

List others living in the child's home and their relationship to the child/*Favor de hacer una lista de las otras personas viviendo en la casa del niño y su relación al niño:*

---