

Medical History (*Historial médico*)

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: _____ SSN: _____
Nombre de niño/a Fecha de nacimiento del niño/a Número del seguro social

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Child live with: ☐ Biological Family ☐ Extended Family ☐ Foster Family ☐ Group Home
Niño/a vive con Padres Familia adoptiva Cuidado de otra persona Hogar de niño

Parents/Primary Caregivers (*Padres/Contactos de emergencia*)

Name <i>Nombre</i>	Address, City, Zip <i>Dirección, Ciudad, Código Postal</i>	Telephone <i>Teléfono</i>	Relationship <i>Relación</i>
		Day: <i>Día</i> Evening: <i>Noche</i>	
		Day: <i>Día</i> Evening: <i>Noche</i>	

Health Coverage (*Aseguranza de Salud*)

Medi-Cal? Child's Medi-Cal Number: _____ CIN: _____
Número de Medi-Cal del niño/a
☐ NO (*No*) ☐ YES (*Si*)

Insurance Information (*Información sobre el Seguro Médico*)

Name of Insured <i>Persona asegurada</i>	Insurance Company <i>Nombre de la compañía</i>	Address <i>Dirección</i>	Policy & Group Number (Medical Record #) <i>Número de la póliza</i>	Phone <i>Teléfono</i>

Medical Information (*Información medica*)

Current Diagnoses/Conditions (*Diagnósticos/condiciones actuales*)

Known Allergies – list any allergies and your child’s reactions (*Alergias del niño/a y la reacción a estas*)

Vision (*Visión*)

Last Date Tested: _____
Fecha del examen

By Whom/Where: _____
Por quién/Adónde?

Results: _____
Resultados

☐ Glasses (*Gafas*)

☐ Contact Lenses (*Lentes de contacto*)

☐ Prothesis (*Prótesis*)

☐ Others (*Otros*)

Hearing (*Auditivo*)

Last Date Tested: _____
Fecha del examen

By Whom/Where: _____
Por quién/Adónde?

Test Type/Results: _____
Tipo de examen/resultados

☐ Wears Aids (*Usa audífonos*)

☐ Right Ear (*Oído derecho*)

☐ Left Ear (*Oído izquierdo*)

☐ Both (*Ambos*)

Doctors/Specialists/Dentist (*Doctores/Especialistas/Dentista*)

Physician's Name <i>Nombre del doctor/especialista/dentista</i>	Specialty <i>Especialidad</i>	Address, City, Zip <i>Dirección, Ciudad, Código Postal</i>	Telephone <i>Teléfono</i>

Current Medications and Treatments (including enteral feeding)
Medicamentos y tratamientos actuales (incluyendo alimento de tubo)

Date <i>Fecha</i>	Name of medication or Treatment <i>Nombre del medicamento o tratamiento</i>	Dose <i>Cantidad</i>	Time Meds Are Due <i>Horario para tomarlos</i>	Route (How to give) <i>Como tomarlo</i>

Therapies and Related Services (*Terapias y otros servicios*)

Therapy <i>Terapia</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Provider <i>Proveedor</i>	Telephone <i>Teléfono</i>	Start Date <i>Fecha de inicio</i>
Physical <i>Terapia física</i>				
Occupational <i>Terapia Ocupacional</i>				
Speech <i>Terapia de lenguaje</i>				
Behavioral <i>Terapia de comportamiento</i>				
Other <i>Otra terapia</i>				

Durable Medical Equipment/Supplies (*Equipo y materiales de uso*)

Type <i>Tipo</i>	Provider <i>Proveedor</i>	Address <i>Dirección</i>	Telephone <i>Teléfono</i>	Start Date <i>Fecha de inicio</i>
Type <i>Tipo</i>				
Type <i>Tipo</i>				
Type <i>Tipo</i>				
Type <i>Tipo</i>				
Type <i>Tipo</i>				

Medical/Surgical History (*Historia médica y de cirugía*)

Date <i>Fecha</i>	Diagnosis/Condition <i>Diagnóstico/condición</i>	Procedure <i>Procedimiento</i>	Doctor <i>Doctor</i>

Immunization (or attach card) / Vacunas (o anexe copia)

Immunization <i>Vacuna</i>	Date <i>Fecha</i>	Date <i>Fecha</i>	Date <i>Fecha</i>	Date <i>Fecha</i>	Date <i>Fecha</i>	Reaction if any <i>Reacción</i>
Hepatitis B						
DTap (Diphtheria, Tetanus and Pertussis)						
HIB (Haemophilus Influenza)						
MMR (Measles, Mumps and Rubella)						
Varicella (Chickenpox)						

Immunization <i>Vacuna</i>	Date <i>Fecha</i>	Date <i>Fecha</i>	Date <i>Fecha</i>	Date <i>Fecha</i>	Date <i>Fecha</i>	Reaction if any <i>Reacción</i>
Pneumococcal Conjugate						
Hepatitis A						
Influenza (Flu)						
Pneumococcal Polysaccharide						
Covid-19						

Last TB Test: _____
Prueba de tuberculosis

Results: _____
Resultados

Family Medical History (*Historia medical familiar*)

Condition <i>Condición</i>	Name <i>Nombre</i>	Relationship <i>Relación</i>
Allergies <i>Alergias</i>		
Behavioral <i>Comportamiento</i>		
Blood Disorder <i>Desorden de la sangre</i>		
Cancer <i>Cancer</i>		
Cardiovascular (Heart Condition) <i>Condición cardiaca</i>		
Diabetes <i>Diabetes</i>		
Emocional <i>Emocional</i>		
Gastro-intestinal <i>Estómago-intestinal</i>		
Hearing Loss <i>Sordera</i>		
Learning <i>Aprendizaje</i>		

Condition <i>Condición</i>	Name <i>Nombre</i>	Relationship <i>Relación</i>
Respiratory (lungs) <i>Respiratorio (pulmones)</i>		
Seizures <i>Convulsiones</i>		
Speech and Language <i>Habla y lenguaje</i>		
Visual <i>Vision</i>		
Other <i>Otro</i>		

Birth and Developmental History (*Historia del nacimiento y Desarrollo*)

Mother's age at start of pregnancy: _____

Edad de la madre al comienzo del embarazo

Complications/Illness during pregnancy: _____

Complicaciones/enfermedades durante el embarazo

Delivery:

Parto

☐ Vaginal

Vaginal

☐ Cesarean

Cesaria

Hospital: _____

Hospital

Complications at delivery: _____

Complicaciones durante el parto

Birth Weight: _____

Peso al nacer

Length: _____

Largo

Head Circumference: _____

Circunferencia de la cabeza

☐ Full term

Tiempo complete (a termino)

Premature at _____ weeks of gestation

Prematura/a a

semanas de gestación

Apgar score: 1 minute _____ 5 minutes _____

Age that baby

Edad a la que su bebe

Rollled over? _____

Se dió Vuelta?

Sat up? _____

Se sentó?

Crawled? _____

Gateó?

Walked? _____

Caminó?

Spoke first word? _____

Dijó la primera palabra?

Spoke first sentence? _____

Dijó la primera oracion?

Toilet trained? _____

Aprendió ir al baño?

Age your first suspected your child had a problem? _____

Edad del niño/a en la Ud. Sospechó que el niño/s tenía problemas