

Child medical questionnaire

Identifying data

Child's name: _____ Sex: Male Female
 Last First Middle
 Birth date: _____ Birth place: _____
 City or County
 Name of person filling out this form: _____ Relation to child: _____

1. Maternal and infant history

A. Did pregnant mother have (mark with x):

Previous miscarriages or abortions	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Previous premature or after term babies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RH negative blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicine (other than iron or vitamins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X Rays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illness (other than morning sickness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Describe: _____		
Other pregnancy problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Describe: _____		

B. Delivery:

Duration of pregnancy: under 38 weeks over 42 weeks

Labor: under 2 hours over 24 hours

Cesarean section

If yes, reason: _____

Bag of water rupture over 24 hours

Infection before or after delivery

Name of hospital: _____

C. Did newborn baby:

Cry immediately after delivery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have difficulty breathing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Go home from hospital at normal time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If no, describe problem: _____		
Birth weight of baby: _____ pounds _____ ounces		
Any problems in the first month of life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, describe: _____		

2. Developmental history (record month of age)

The child was able to do the following:

Smile at _____ months

Rolled over at _____ months

Sat alone at _____ months

Walked at _____ months

Said first word at _____ months

Said sentences at _____ months

Toilet trained at _____ months

The child's (mark with x):

School work is	Good <input type="checkbox"/>	Fair <input type="checkbox"/>	Poor <input type="checkbox"/>
Ability to concentrate is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Large muscle coordin. (run, jump) is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Small muscle coordin. (draw, write) is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotional development is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physical development is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hearing is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Past medical history and illness (mark with x):

Has the child ever had:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Red measles (10 days)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlet fever	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chicken pox	<input type="checkbox"/>
Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney disease	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic fever	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubella (3 days)	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sickle cell	<input type="checkbox"/>
Whooping cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>
Ear infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other illnesses	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent colds	<input type="checkbox"/>
Drug allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonia	<input type="checkbox"/>
Sore throats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizations	<input type="checkbox"/>
Diphtheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart disease	<input type="checkbox"/>
Surgeries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Does the child have:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Vision trouble (crossed or wandering eyes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dental problems	<input type="checkbox"/>
Speech problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing problems	<input type="checkbox"/>
Behavioral problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bed wetting	<input type="checkbox"/>

For girls:

Menstrual period began at age _____ years

Irregularity or problems with periods

Excessive vaginal discharge

4. Health maintenance

Does child:

Take medicine regularly

If yes, list: _____

Drink bottled water with fluoride or take fluoride supplement

See dentist regularly

Use safety car seat or seat belts (over 40 pounds) in car

5. Family history

Mother name: _____ Age: _____

Father name: _____ Age: _____

Last First Middle

Parents are (mark with x):

Married Divorced Remarried Separated Single

Who does child live with (mark with x):

Mother Father Both Other: _____

Is child adopted: No Yes

Brothers and sisters (names):

1. _____	Sex: _____	Age: _____
2. _____	Sex: _____	Age: _____
3. _____	Sex: _____	Age: _____
4. _____	Sex: _____	Age: _____
5. _____	Sex: _____	Age: _____
6. _____	Sex: _____	Age: _____

Does child have blood relation with any one of these (mark with x):

	Father	Mother	Brother	Sister	Father Side	Mother Side
Birth deformity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Death in childhood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental retardation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hearing problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sickle cell disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Severe anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding tendencies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart attack under age of 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High cholesterol or triglyceride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Very overweight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (type): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Any other health problems in father's or mother's family:
 Yes No

If yes, describe: _____

Hoja de identificación

Nombre del niño: _____ Sexo: Niño Niña
 Apellido _____ Nombres _____
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Cuidad o País _____
 Nombre de la persona que llena esta forma: _____ Relación con el niño: _____

1. Antecedentes de la madre y del infante

A. Cuando embarazada la madre tuvo (marque con una x):

	Sí	No
Perdidas de embarazo o abortos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebes prematuros o antes de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre RH negativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas (otras aparte de vitaminas y hierro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X Rayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades (otras parte de vómitos por la mañanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Describa cuales: _____		
Otros problemas durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Describa cuales: _____		

B. Parto

Duración del embarazo: Menos de 38 semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mas de 42 semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor: menor de 2 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mayor de 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, diga la razón: _____		
Bolsa de agua se rompió antes de las 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubo infección antes o después del parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del hospital: _____		

C. El recién nacido

Lloro inmediatamente cuando nació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvo dificultad al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvo piel amarilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejo el hospital en un tiempo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no fue así, describa el problema: _____		
Peso del bebe al nacer: _____ libras _____ onzas		
Algún problema en su primer mes de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Describa lo: _____		

2. Historia de desarrollo (meses de edad)

Cuando estuvo el bebe capacitado para hacer lo siguiente:

Sonrió	_____ meses
Dio vuelta	_____ meses
Se sentó	_____ meses
Camino	_____ meses
Dijo su primera palabra	_____ meses
Dijo oraciones	_____ meses
Entrenado para ir al baño	_____ meses

Marque con una x la habilidad del niño:

	Bueno	Reg.	Pobre
Trabajo en la escuela es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilidad de concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinación de músculos grandes (correr, saltar) es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinación de músculos pequeños (escribir, dibujar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo emocional es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo físico es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oído es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Historia medica y de enfermedades (marque con una x):

Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantía irritada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viruela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de globul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarros frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El niño tiene:

Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas al hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para Niñas:

Periodo menstrual empezó a la edad de _____ años
 Irregularidad o problemas con sus periodos
 Excesiva menstruación

4. Mantenimiento de salud

Su niño:

Toma medicinas regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, liste cuales: _____		
Toma agua con florido o toma suplemento de florido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mira al dentista regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa asiento de seguridad o cinturón en el carro (mas de 40 libras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Historia familiar

Nombre de la madre: _____ Edad: _____
 Nombre del padre: _____ Edad: _____

Padres están (marque con una x):
 Casados Divorciados Vuelos a casar Separados
 Solteros

Con quien vive el niño (marque con una x):
 Madre Padre Con los dos Otros _____

Es el niño adoptado: No Sí

Hermanos y hermanas (nombres):

1. _____	Sexo: _____	Edad: _____
2. _____	Sexo: _____	Edad: _____
3. _____	Sexo: _____	Edad: _____
4. _____	Sexo: _____	Edad: _____
5. _____	Sexo: _____	Edad: _____
6. _____	Sexo: _____	Edad: _____

Tiene o ha tenido el niño algún pariente que padezca de las enfermedades (marque con una x):

	Padre	Madre	Hermana	Padre	Madre
Deformidad al nacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte cuando niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retardado mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de glóbulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiricia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques al corazón, en menores de 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alto colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de peso (acentuado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (que clase): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cualquier otro problema de salud en la familia del padre o de la madre:
 Sí No

Si es así, describalo: _____

