



- Longview Clinic
- 14<sup>th</sup> Avenue Clinic
- Kelso Clinic
- Castle Rock Clinic
- Woodland Clinic
- Wahkiakum Clinic
- North Beach Clinic

1057 12<sup>th</sup> Ave., Longview, WA 98632  
 784 14<sup>th</sup> Ave., Longview, WA 98632  
 300 Oak St., Ste. B, Kelso, WA 98626  
 139 1st Ave SW, Castle Rock, WA 98611  
 1251 Lewis River Rd., Ste. D, Woodland, WA 98674  
 335 Una Ave., Cathlamet, WA 98612  
 21610 Pacific Hwy., Ocean Park, WA 98640

360-636-3892  
 360-703-6400  
 360-353-5511  
 360-274-2353  
 360-225-4310  
 360-795-3201  
 360-665-3000

## PEDIATRIC HEALTH HISTORY • Newborn – 12 Years

*Historial Pediátrico de Salud • Recién nacidos a 12 años de edad*

<b>Patient Name / Nombre del paciente:</b>		<b>Date of Birth / Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Medications / Medicinas</b>	<b>Dose / Dosis</b>	<b>Frequency / Frecuencia</b>	
<b>Vitamins? / ¿Vitaminas?</b>			
<b>Fluoride? / ¿Fluoruro?</b>			
<b>Medication Allergies / Reacciones a medicamentos/alergias</b>		<b>If any, please explain / Si los hay, por favor explique</b>	
<b>About this child / Información acerca de este niño (a)</b>			
<b>Does this child wear glasses or contacts? / ¿Usa este niño(a) anteojos o lentes de contacto?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes / Sí</span>			
<b>If yes, at what age did they start wearing them? / De ser así, ¿a qué edad empezó a usarlos?</b>			
<b>Where has this child gone for prior medical care? / ¿A dónde ha ido anteriormente este niño(a) para su cuidado médico?</b>			
<b>Clinic / Nombre de la clínica:</b>		<b>Date of last exam / fecha de su último examen:</b>	
<b>Where has this child gone for dental care? / ¿A dónde ha ido este niño(a) para recibir atención dental?</b>			
<b>Clinic / Nombre de la clínica:</b>		<b>Date of last exam / fecha de su último examen:</b>	
<b>Child's Medical History / Historial médico del niño(a)</b>			
<b>Has this child had any of the following? If any, please explain / ¿Ha tenido este niño (a) cualquiera de lo siguiente? Si los hay, por favor explique</b>			
1	<b>Serious illness or growth problems? / ¿Enfermedades graves o problemas de crecimiento?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
2	<b>Serious accidents? Head trauma? / ¿Accidentes graves? ¿Golpes en la cabeza?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
3	<b>Hospitalization? / ¿Hospitalización?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
4	<b>Surgeries? / ¿Cirugías?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
5	<b>Recurrent infections (ear, nose, throat or lung infection) / ¿Infecciones recurrentes? (Infección en el oído, nariz, garganta o pulmón)</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
6	<b>Allergies, asthma? / ¿Alergias o asma?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
7	<b>Chicken pox? / ¿Varicela?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
8	<b>Urinary tract infection, kidney problems, undescended testicles? / ¿Infección en las vías urinarias, problemas en los riñones, testículos no descendidos?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
9	<b>Seizures? / ¿Ataques convulsivos?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
10	<b>Serious dental problems? / ¿Problemas dentales graves?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
11	<b>Serious reaction to immunizations? / ¿Reacción grave a las vacunas?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
12	<b>Learning or developmental problems? / ¿Problemas de aprendizaje o del desarrollo?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
13	<b>Speech, hearing or vision problems? / ¿Problemas del habla, audición o de la vista?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
14	<b>Emotional / behavioral problems? / ¿Problemas emocionales o del comportamiento?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
15	<b>History of physical or sexual abuse? / ¿Antecedentes de abuso físico o sexual?</b>	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
<b>If you answered yes to questions 12-15 has this child received professional help or evaluation? / Si contesto que sí a las preguntas del 12 al 15, ¿ha recibido este niño(a) ayuda profesional o una evaluación?</b>			
<b>Who? / ¿Con quién?</b>			
<b>Where? / ¿En dónde?</b>			
<b>When? / ¿Cuándo?</b>			

**Family Medical History / Historial Familiar de Salud**

Indicate which of the conditions below occur in this child's natural family and list family members by relationship / Indique cuales de las condiciones siguientes suceden en la familia natural de este niño(a) e indique el parentesco con cada familiar

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies / Alergias  | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure / Presión sanguínea alta                |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Asma   | <input type="checkbox"/> Kidney Disease / Enfermedad renal                           |
| <input type="checkbox"/> Birth Defect / Defecto de nacimiento                                    | <input type="checkbox"/> Lung Disease / Enfermedad pulmonar                          |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorders / Trastornos en la sangre                            | <input type="checkbox"/> Mental Illness or Depression / Enfermedad mental, depresión |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Cáncer   | <input type="checkbox"/> Obesity / Obesidad  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes   | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia / Anemia de células falciformes          |
| <input type="checkbox"/> Drug or Alcohol Abuse / Abuso de drogas o alcohol                       | <input type="checkbox"/> Seizures / Convulsiones                                     |
| <input type="checkbox"/> Elevated Cholesterol / Colesterol elevado                               | <input type="checkbox"/> Stroke / Embolia cerebral                                   |
| <input type="checkbox"/> Headaches / Dolores de cabeza   | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease / Enfermedad tiroidea                       |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease or Heart Attacks / Enfermedad cardíaca, ataques cardiacos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis / Tuberculosis                                 |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis / Hepatitis   |  |

Has any family member of this child died suddenly at less than 50 years of age of causes other than an accident? / ¿Algún familiar menor de 50 años de edad de este niño(a) ha muerto repentinamente por causas distintas y que no han sido por accidente?

- No / No     Yes / Sí                      Who? / ¿Quién?:

**Mother's Pregnancy History (with this child) / Historial de embarazo de la madre - con este niño (a)**

What month of pregnancy did this child's mother begin prenatal care? / ¿En qué mes durante el embarazo comenzó su cuidado prenatal?

Month / Mes

Where did this child's mother receive prenatal care? / ¿En dónde recibió su atención médica?

Clinic / Nombre de la clínica:

Did this child's mother experience any health problems during her pregnancy (infections, accidents, poor weight gain, increase in blood pressure, etc)? / ¿Sufrió algún problema en su embarazo? (Como Infecciones, accidentes, falta de peso, aumento de la presión sanguínea, etc.)

- No / No     Yes / Sí                      If any, please explain / Si los hay, por favor explique:

Number of pregnancies / Número de embarazos:

\_\_\_\_\_

Number of living children / Número de hijos vivos:

\_\_\_\_\_

Number of abortions or miscarriages / Número de abortos inducidos o abortos provocados:

\_\_\_\_\_

Did this child's mother use any of the following when pregnant with this child? / ¿Uso alguno de los siguientes mientras que estaba embarazada con este niño(a)?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prescribed Medications / Medicamentos recetados            | <input type="checkbox"/> Alcohol / Alcohol              |
| <input type="checkbox"/> Cigarettes or Nicotine / Cigarros o nicotina               | <input type="checkbox"/> Street Drugs / Drogas ilícitas |
| <input type="checkbox"/> Over the Counter Medications / Medicamentos de venta libre |   |

<b>Child's Birth History / Datos del nacimiento del niño (a)</b>		
Delivery took place at / El parto se llevó acabo en:		
Hospital / Hospital:	Location / Localidad:	
Was this child full term? / ¿Fue el embarazo a término completo?	<input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí
Child's due date / ¿Fecha supuesta de parto?	_____	
Birth Weight / Peso al nacer:	_____ lb / libras _____ oz / onzas	
Birth height / Medida al nacer:	_____ in / pulgadas	
Type of delivery / Tipo de parto	<input type="checkbox"/> C-Section / Cesárea	<input type="checkbox"/> Vaginal / Vaginal
Complications / Complicaciones		
If there were any, please explain / Si hubo alguna, por favor explique:		
Baby's health after delivery / La salud del bebé después del parto		
Please explain / por favor explique:		
Baby discharged at / El bebé fue dado de alta a los _____ days of age / días de edad		
<b>Child's Behavior and Personality / El comportamiento, personalidad del niño (a)</b>		
Does this child ever display behaviors or feelings that concern you or seem out of the ordinary for their age? / ¿Ha mostrado este niño (a) comportamientos o sentimientos o que parezcan poco comunes para su edad que a usted le preocupen?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Do you have concerns about how this child gets along with you, other family members or playmates? / ¿Le preocupa cómo se lleva este niño (a) con usted, con otros familiares o compañeritos (as)?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Do you have concerns about how this child is developing or learning? / ¿Le preocupa como el niño (a) se está desarrollando o va aprendiendo?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Are you satisfied with this child's school performance? / ¿Está usted satisfecho con el desempeño escolar del niño (a)?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Is this child receiving any special classes? / ¿Recibe este niño (a) clases especiales?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Does this child seem generally happy? / ¿Se ve generalmente feliz este niño (a)?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Does this child seem sad or worried? / ¿Parece estar triste o preocupado este niño (a)?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Would you like age related materials for this child regarding pubertal changes, sexuality, or menstruation? / ¿Le gustaría obtener material informativo adecuado para la edad de este niño(a) sobre los cambios de la pubertad, sexualidad o menstruación?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
What is the primary form of discipline for this child? / ¿Cuál es la forma principal de disciplina para este niño (a)?		
<b>Health and Nutrition Habits / Hábitos saludables y nutrición</b>		
Do you have concerns about this child's eating habits or growth? / ¿Le preocupa los hábitos alimenticios o crecimiento de este niño (a)?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Is there exposure to secondhand tobacco smoke in this child's home? / ¿Hay exposición al tabaco de segunda mano en el hogar de este niño (a)?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Does this child live in an accident-proof / poison-proof home? / ¿Vive este niño(a) en un hogar a prueba de accidentes y venenos?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
In case of accidental poisoning, is there Syrup of Ipecac in this child's home? / En caso de envenenamiento accidental, ¿hay jarabe de Ipecac en el hogar de este niño(a)?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Does this child use a car seat, booster seat and/or seat belt? / ¿Utiliza este niño (a) asiento de coche, asiento elevado y/o cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Does this child wear a safety helmet when using roller skates, skateboards, bikes and scooters? / ¿Utiliza este niño (a) casco de seguridad cuando anda en patines, monopatines, bicicletas y patinetas?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:
Are there working smoke/fire detectors in this child's home? / ¿Hay detectores de humo y fuego en el hogar de este niño(a)?	<input type="checkbox"/> No / No:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí:

<b>Health and Nutrition Habits / Hábitos saludables y nutrición</b>		
<b>Are you concerned that this child may be using or misusing prescription medication, over the counter medication, tobacco, alcohol or street drugs? / ¿Le preocupa que este niño(a) pueda estar usando o abusando medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, Tabaco, alcohol o drogas ilícitas?</b>	<input type="checkbox"/> <b>No / No:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Sí:</b>
<b>Are there firearms in this child's home? / ¿Hay armas de fuego en el hogar de este niño(a)?</b>	<input type="checkbox"/> <b>No / No:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Sí:</b>
<b>What is this child's favorite physical activity/exercise? / ¿Cuál es la actividad física y ejercicio de este niño(a)?</b>		
<b>Number of screen time hours per day (TV, video games, computers, handheld devices) / Cuantas horas pasa frente a la pantalla (TV, juegos de videos, computadoras, aparatos portátiles)</b>		
<b>Number of minutes spent reading per day (read to by an adult, reading aloud to an adult, reading silently) / Cantidad de minutos al día dedicados a la lectura (que un adulto le lea, leer en voz alta a un adulto, leer en silencio)</b>		
<b>Number of days that this child was absent from school last year / Cantidad de días que este niño(a) faltó a la escuela el año pasado:</b>		
<b>Females Only (if applicable) / Únicamente mujeres (si corresponde)</b>		
<b>Age at first period / Edad que empezó a reglar</b>		
<b>Date of last period / Fecha de su última regla</b>		
<b>Average number of days between periods / El total de días entre reglas</b>		
<b>Does this child experience cramps during periods? / ¿Sufre de cólicos esta niña durante sus reglas?</b>	<input type="checkbox"/> <b>No / No</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Sí:</b>
<b>Does this child experience bleeding between periods? / ¿Tiene sangrado entre reglas esta niña?</b>	<input type="checkbox"/> <b>No / No</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Sí:</b>
<b>Has this child ever had a pelvic or internal vaginal exam? / ¿Alguna vez ha tenido esta niña un examen interno vaginal o pélvico?</b>	<input type="checkbox"/> <b>No / No</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Sí Reason? / ¿Por qué motivo?</b>
<b>Family Information / Información de su familia</b>		
<b>Child lives with / El niño(a) vive con</b>	<input type="checkbox"/> <b>Biological Mother / La madre biológica</b> <input type="checkbox"/> <b>Biological Father / El padre biológico</b> <input type="checkbox"/> <b>Siblings / Hermanos</b> <b>How many / cuantos: _____</b> <input type="checkbox"/> <b>Other(s) / Otro(s) Please list relationship(s) / Por favor anote sus parentesco(s)</b>	
<b>Who is this child's primary caregiver? / ¿Quién proporciona principalmente el cuidado a este niño(a)?</b>	<b>Relationship to this child / ¿Parentesco con este niño(a)?</b>	
<b>Name of this child's school / Nombre de la escuela de este niño(a)</b>	<b>Grade Level / Grado escolar</b>	
<b>Are there any factors that make things difficult for this child's family at this time? / ¿Existen algunas razones ahora que dificulten las cosas para la familia de este niño(a)?</b>	<input type="checkbox"/> <b>No / No</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Sí:</b>
<b>Does physical or verbal abuse occur in this child's home? / ¿Existe el abuso físico o verbal en el hogar de este niño(a)?</b>	<input type="checkbox"/> <b>No / No</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Sí:</b>

**Family Information / Información de su familia**

**Please list the social services that this child's family utilizes (food banks, housing programs, emergency shelter, domestic violence services, etc.) / Por favor anote los servicios sociales que utiliza la familia de este niño(a) (bancos de comida, programas de vivienda, refugio de emergencia, servicios para la violencia doméstica, etc.)**

**Additional concerns or comments about this child / Preocupaciones o comentarios adicionales acerca de este niño(a):**

**Name of person completing form / Nombre de la persona que llenó ésta forma**

**Relationship to this child / Parentesco con este niño(a)**

**Signature / Firma**

**Date / Fecha**