



PEDIATRIC HISTORY FORM (CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA PEDIÁTRICA)

DATE: _____
(Fecha)

MRN: _____

PATIENT NAME: _____ DOB _____/_____/_____
(Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento)

*If you have been to our Center previously, please start with question #9.
(*Si usted ha estado en nuestro centro anteriormente, por favor comience con la pregunta #9.)

1. Whom can we thank for your referral? _____
(¿A quién podemos agradecerle por su referimiento?)
2. Last eye exam on _____ Dr. _____ Glasses prescribed Y/N
(Fecha del último examen ocular) (lentes recetados S/N)
3. My child is (circle) natural/ adopted/ foster other _____
(Mi hijo es (marque con un círculo) natural/ adoptado/ adoptado temporalmente otro)
4. Duration of Pregnancy _____ months/weeks Birth weight: _____ pounds _____ ounces
(Duración del embarazo _____ meses/semanas Peso al nacer: _____ libras _____ onzas)
5. Any complications during pregnancy?
(¿Alguna complicación durante el embarazo?)

6. Any complications during delivery or immediately after?
(¿Alguna complicación durante el parto o inmediatamente después?)
7. Any complications/medications in the first year of life?
(¿Alguna complicación/medicamento durante el primer año de vida?)

8. Age when child first: Walked _____ Talked (two words) _____
(Edad cuando empezó a: caminar _____ Hablar (dos palabras) _____)
9. My child is here today because: (list all symptoms) _____
(Mi hijo está hoy aquí porque: (lista de síntomas)) _____
10. Last medical exam _____ Dr. _____ Immunizations up to date Y/N
(Último examen medico) (Vacunas al día S/N)
11. List All Prescription and non- prescription Medications used regularly _____
(Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que usa regularmente) _____

12. List all **Allergies** – medications/drugs, food, environment – dust, pollen, ragweed etc.
(Enumere todas las alergias: medicamentos/drogas, comida, ambiente (polvo, polen, ambrosía, etc.))



PEDIATRIC HISTORY FORM (CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA PEDIÁTRICA) – page 2 (página 2)

13. Has your child undergone any of the following: (circle all that apply)
(Su hijo se ha sometido a alguno de los siguientes: (marque con un círculo lo que corresponda))

- Educational testing (Pruebas educativas)
- Neurological testing (Pruebas neurológicas)
- Psychological testing (Pruebas psicológicas)
- Occupational therapy (Terapia ocupacional)
- Physical therapy (Terapia física)
- Speech therapy (Terapia del habla)

Results (Resultados): _____

14. Does anyone in your family have: (check all that apply)
(Algún familiar suyo padece: (marque todo lo que corresponda))

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Myopia (cannot see far) | <input type="checkbox"/> (Miopía (no puede ver de lejos)) |
| <input type="checkbox"/> Hyperopia as a child (cannot see near) | <input type="checkbox"/> (Hipermetropía (no puede ver de cerca)) |
| <input type="checkbox"/> Amblyopia (lazy eye) | <input type="checkbox"/> (Ambliopía (ojos cansados)) |
| <input type="checkbox"/> Strabismus (eye turn) | <input type="checkbox"/> (Estrabismo (ojo desviado)) |
| <input type="checkbox"/> Color Vision Defect | <input type="checkbox"/> (Problema para ver los colores) |
| <input type="checkbox"/> Childhood Glaucoma | <input type="checkbox"/> (Glaucoma infantil) |
| <input type="checkbox"/> Blindness | <input type="checkbox"/> (Ceguera) |
| <input type="checkbox"/> Cataracts before age 40 | <input type="checkbox"/> (Cataratas antes de los 40) |
| <input type="checkbox"/> High/Blood pressure problems | <input type="checkbox"/> (Problemas de hipertension) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Childhood Retinal Disease | <input type="checkbox"/> (Enfermedad retinal pediátrica) |
| <input type="checkbox"/> Keratoconus/Diseases of Cornea | <input type="checkbox"/> (Queratocono/enfermedades de la cornea) |

OTHER (OTRO): _____

15. Please answer “Yes” or “No” to the following questions (Si responde con un “sí”, explique) :

	YES (SI)	NO (NO)	Explain (Explique)
Do your eyes feel tired when reading or doing close work? ¿Siente los ojos cansados cuando lee o hace trabajos de cerca?			
Do you have headaches while reading or doing close work? ¿Tiene dolor de cabeza al leer o hacer trabajos de cerca?			
Do you have double vision while reading or doing close work? ¿Tiene visión doble al leer o hacer trabajos de cerca?			
Do you notice words blurring or coming in and out of focus while reading or doing close work? ¿Nota las palabras borrosas o dentro y fuera de foco al leer o hacer trabajos de cerca?			
Do you lose your place while reading or doing close work? ¿Pierde su lugar al leer o hacer trabajos de cerca?			



16. Review of Systems: Does your child have any of the following?
(Revisión de sistemas: ¿Su hijo sufre algo de lo siguiente?)

	YES (SI)	NO (NO)	Explain (Explique)
Surgery/hospitalizations (Cirugía/hospitalización)			
Delays in growth/development: Intellectual disability (Retraso en el crecimiento/desarrollo: Discapacidad intelectual)			
Cardiovascular heart problem: High blood pressure, murmur (Problemas cardiacos cardiovasculares: Hipertensión, soplo)			
Breathing problems: Asthma, shortness of breath (Problemas respiratorio: Asma, falta de aire)			
Gastrointestinal problems: Food problems, diarrhea, vomiting (Problemas gastrointestinales: Problemas alimenticios, diarrea, vómitos)			
Endocrine problems: Diabetes, thyroid, growth (Problemas endócrinos: Diarrea, tiroides, crecimiento)			
Urinary problem: pain/discomfort, blood in urine (Problemas urinarios: dolor/incomodidad, sangre en orina)			
Skin problems: Unusual rashes/excess dryness (Problemas dermatológicos: sarpullidos inusuales /sequedad excesiva)			
Musculoskeletal problems: Juvenile rheumatoid balance (Problemas músculoesqueléticos: Balance reumatoide juvenil)			
Psychiatric /Social Problems: <i>Depression, behavioral, AD(H)D</i> (Problemas psiquiátricos/sociales: Depresión, problemas de conducta, AD(H)D (Déficit atencional e hiperactividad))			
Chronic Fever (Fiebre crónica)			
Unexplained weight loss/gain (Pérdida/aumento de peso inexplicable)			
Ear/nose/throat problem: Hearing loss, frequent sore throats, sinus problems (Problemas de oído/nariz/garganta: Pérdida de audición, dolor de garganta frecuente, problemas de sinusitis)			
Blood disease: Bleeding disorders (Enfermedad hematológica: Enfermedad hemorrágica)			
Cancer, HIV virus (Cáncer/virus VIH)			

OTHER (OTRO): _____