



**SAN YSIDRO
HEALTH**

PEDIATRIC HISTORY FORM

BIRTH HISTORY

Birth Weight _____ lbs. _____ ozs. Birth Length _____ in. Place _____

Was pregnancy normal? Yes ☐ No ☐ List complications _____

Was delivery normal? Yes ☐ No ☐ List complications _____

Any illnesses in nursery or first month of life? Yes ☐ No ☐ Specify _____

FAMILY HISTORY

	DATE OF BIRTH	MEDICAL PROBLEMS
Mother's Name		
Father's Name		
Siblings		

HISTORY OF FAMILY HEALTH PROBLEMS

Seizures _____ Diabetes _____ TB _____ Asthma _____

Hypertension _____ Heart Disease _____ Thyroid _____

PAST HISTORY

Less than 7 yrs only

GENERAL DEVELOPMENT

Sat at _____

Walked at _____ mos

First words at _____ mos

Toilet trained _____ mos

ILLNESS HISTORY

General Health _____

Allergies _____

Chicken Pox _____

Measles _____

Rubella (German Measles) _____

Mumps _____

Injuries _____

Hospitalizations _____

Operations _____

Other illnesses _____

Transfusions _____

FEEDING HISTORY

Less than 1 year only

Breast fed? _____ How long? _____

Formula fed? _____ How long? _____

Age formula started _____

Solid food started at age? _____

Food Allergies _____

evie ed y: _____

_____ MD, MA, RN, LVN



HISTORIA MEDICA PEDIATRICA

HISTORIA AL NACER

Peso al nacer _____ lbs. _____ ozs. Estatura al nacer _____ in. Lugar de Nacimiento _____

¿Fué normal el embarazo? Si ☐ No ☐ Complicaciones _____

¿Fué normal el parto? Si ☐ No ☐ Complicaciones _____

¿Alguna enfermedad durante el primer mes del bebé? Si ☐ No ☐

Si su respuesta es "Si" por favor explique _____

HISTORIA FAMILIAR

	FECHA NACIMIENTO	PROBLEMAS MEDICOS
Nombre de la mamá		
Nombre del papá		
Nombre de sus hermanos		

EXISTEN ANTECEDENTES FAMILIARES DE:

Convulsiones _____ Diabetes _____ Tuberculosis _____ Asma _____

Alta Presión _____ Enfermedad del corazón _____ Tiroides _____

HISTORIA MEDICA

Para a niño(a)s menores de 7 años

Desarrollo general

Se sentó a los _____

Caminó a los _____ meses

Primeras palabras a los _____ meses

¿A qué edad empezó a avisar para ir al baño? _____ meses

HISTORIA DE ENFERMEDADES

Salud en general _____

Alergias Viruela _____

Sarampión _____

Rubeola _____

Paperas _____

Accidentes _____

Hospitalizaciones _____

Operaciones _____

Otras enfermedades _____

Transfusiones _____

HISTORIA DE COMIDAS

Para niño(a)s menores de un año

¿Dió pecho? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Dió fórmula? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿A qué edad empezó a tomar leche de fórmula? _____

¿A qué edad empezó a comer comidas sólidas? _____

¿Hay algunas comidas que le causan alergias? _____

Llenada por: _____

orma revisada por: _____

_____ MD, MA, RN, LVN