

NEW PATIENT QUESTIONNAIRE - To be filled out by parent

Name _____

Chart # _____

Date _____

Mother's name _____ Age _____

Occupation _____

Father's name _____ Age _____

Occupation _____

If adults in the household work outside the home, what childcare arrangements are made for this child: _____

A. PREGNANCY AND BIRTH:

1. Mother's age at birth _____
2. Did mother have any illness during pregnancy? No Yes
3. Did she take any medications other than vitamins & iron? No Yes
4. Was the baby on time? No Yes
5. What was the birthweight? _____
6. Did the baby have any trouble starting to breathe? No Yes
7. Did the baby have any trouble while in the hospital? No Yes
(jaundice, infections, other)
What kind? _____

B. PAST MEDICAL HISTORY:

1. Where has your child gone for check-ups until now? _____
2. Date of last check-up: _____
3. Date of last dental check-up: _____
4. Has your child had allergic reactions to any medications, foods, insect bites? No Yes
Which ones? _____
5. Has your child had reactions to any immunizations? No Yes
Which ones? _____
6. Any hospitalization other than for birth? No Yes
For what? _____
7. Any serious injuries? No Yes
What kind? _____
8. Are any medications taken regularly? No Yes
Which ones? _____

C. FAMILY HISTORY:

1. Are the child's parents both in good health? No Yes
2. Circle any diseases that this child's parents, grandparents, brothers, sisters or aunts and uncles have had: *anemia, asthma, allergies, diabetes, high blood pressure, heart trouble, tuberculosis, mental illness, drug problems, alcohol problems, inherited illness, venereal disease, cancer, AIDS, others*
3. List age, sex, and general health of brothers and sisters:

4. Have any of your children died? No Yes

D. FEEDING AND NUTRITION:

1. Is your child's appetite usually good? No Yes
2. Is it good now? No Yes

CUESTIONARIO DEL PACIENTE NUEVO

Debe ser completado por los padres

Nombre _____

Expediente No. _____

Fecha _____

Madre _____ Edad _____

Ocupación _____

Padre _____ Edad _____

Ocupación _____

Si los adultos de esta casa trabajan fuera del hogar, ¿hay arreglos para cuidar al niño cuando estén trabajando? _____

A. ABARAZO Y NACIMIENTO:

1. Edad de la madre al dar a luz _____
2. ¿Tuvo alguna enfermedad la madre durante el embarazo? No Si
3. ¿Tomó alguna medicina además de vitaminas con hierro? No Si
4. ¿Nació el bebé a tiempo? No Si
5. ¿Cuál fué el peso del bebé al nacer? _____
6. ¿Tuvo problemas el bebé para empezar a respirar? No Si
7. ¿Tuvo problemas el bebé cuando estuvo en el hospital? No Si
(ictericia, infecciones, u otra enfermedad)
¿Qué clase? _____

B. HISTORIA MEDICA DEL PASADO:

1. ¿Donde ha llevado su niño a chequeos hasta hoy? _____
2. Fecha del último chequeo: _____
3. Fecha del último chequeo dental: _____
4. ¿Ha tenido su niño reacciones alérgicas a medicamentos, comidas, mordeduras de insectos? No Si
¿Cuales? _____
5. ¿Ha tenido su niño reacciones a alguna vacuna? No Si
¿Cuales? _____
6. ¿A tenido otra hospitalización aparte del parto? No Si
¿Por qué? _____
7. ¿Alguna lesión grave? No Si
¿Que clase? _____
8. ¿Toma algún medicamento regularmente? No Si
¿Que clase? _____

C. HISTORIA FAMILIAR:

1. ¿Gozan de buena salud ambos padres del niño? No Si
2. Marque con un circulo cualquier enfermedad de que hayan tenido los padres, abuelos, hermanos, hermanas, tíos o tías de este niño: *anemia, asma, alérgias, diabetes, alta presión de la sangre, problemas del corazón, tuberculosis, enfermedad mental, problemas con drogas o alcohol, enfermedad hereditaria, venérea, cancer, SIDA u otras.*
3. Enumere la edad, sexo y salud en general de los hermanos y hermanas:

4. ¿Alguno de sus niños han muerto? No Si

D. ALIMENTACION Y NUTRICION:

1. ¿Tiene su niño buen apetito usualmente? No Si
2. ¿Tiene buen apetito ahora? No Si

3. Was there severe colic or any unusual feeding problem during the first 3 months? No Yes
4. Do any foods disagree with him/her? No Yes
5. For the first 6 months, is he/she (was he/she) breast fed or bottle fed?

6. If still on formula, which one do you use? _____

7. Does he/she take vitamins? No Yes

E. REVIEW OF SYSTEMS:

1. Has your child had frequent ear infections? No Yes
2. Any eye problems? No Yes
3. Has he/she had any problems with teeth? No Yes
4. Does he/she have frequent colds or sore throats? No Yes
5. Is there asthma, pneumonia, or recurrent cough? No Yes
6. Does he/she have a heart murmur or any heart problems? No Yes
7. Any problems with urination? No Yes
8. Any problems with diarrhea or constipation? No Yes
9. Have there been any convulsions or other problems with the nervous system? No Yes
10. Any eczema, hives, or other skin conditions? No Yes
11. Has your child ever been anemic? No Yes
12. Please list any other medical problems: _____

F. DEVELOPMENT/BEHAVIOR:

1. At what age did your child sit alone? _____
2. At what age did he/she walk alone? _____
3. Did he/she say any words by the time he/she was 1 1/2 years old? No Yes
4. How does this child compare to others his or her age? _____

5. Does he/she have any trouble sleeping? No Yes
6. What grade is he/she in? _____
7. Has he/she had any trouble in school? No Yes
8. Does he/she get along with other children? No Yes
9. Circle if your child has had any of the following: *nail biting, thumb sucking, bed wetting, problems with toilet training, bad temper, hyperactivity, nightmares, speech problems, problems with discipline, others*

G. SAFETY/ENVIRONMENT:

1. Do you live in a private house, apartment, mobile home or other? (Circle one)
2. Do you know the hottest temperature of water in your pipes? No Yes
3. Is there a working smoke alarm on each floor of the house? No Yes
4. Does your child always use a seat/seatbelt when riding in a car? No Yes
5. Are there any smokers in the household? No Yes
6. Are there any problems with the condition of your home? (peeling paint, insects, rats, or mice) No Yes
7. Does your child always wear a helmet when riding his/her bicycle? No Yes

- H. DO YOU HAVE A RECORD OF IMMUNIZATIONS? No Yes

3. ¿Tuvo cólicos graves o algún problema extraño de alimentación durante los primeros 3 meses? No Si
4. ¿Le caen mal algunas comidas a él/ella? No Si
5. Por los primeros 6 meses, ¿toma o tomó él /ella pecho o el biberón?

6. Si todavía toma fórmula, ¿de cuál acostumbra? _____

7. ¿Él/ella, toma vitaminas? No Si

E. REVISION DE LOS SISTEMAS:

1. ¿Ha tenido su niño infecciones frecuentes del oído? No Si
2. ¿Ha tenido problemas de los ojos? No Si
3. ¿Él/ella ha tenido algún problema dental? No Si
4. ¿Él/ella ha tenido frecuentes resfriados o garganta irritada? No Si
5. ¿Hay asma, pulmonía o tos recurrente? No Si
6. ¿Tiene él/ella soplo del corazón o algún otro problema del corazón? No Si
7. ¿Algún problema al orinar? No Si
8. Algún problema de diarrea o estreñimiento? No Si
9. ¿Ha tenido problemas de convulsiones o algún otro problema del sistema nervioso? No Si
10. ¿Ha tenido eczema, ronchas u otros problemas de la piel? No Si
11. ¿Ha estado anémico alguna vez su niño? No Si
12. Por favor, enumere cualquier otro problema médico: _____

F. DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO

1. ¿A qué edad su niño se sentó solo? _____
2. ¿A que edad el/ella camino solo? _____
3. ¿Él/ella podía decir alguna palabra antes de los 1 1/2 años? No Si
4. ¿Cómo se compara este niño con los otros de su edad? _____

5. ¿Él/ella tiene problemas para dormir? No Si
6. ¿En que año escolar (grado) está? _____
7. ¿El/ella ha tenido problemas en la escuela? No Si
8. ¿Se lleva bien con otros niños? No Si
9. Marque con un circulo si su niño ha tenido alguna de las siguientes: *morderse las uñas, chuparse el dedo, mojar la cama, problemas de aprender a ir al baño, mal genio, hiperactividad, pesadillas, problemas del habla o de disciplina u otros problemas.*

G. SEGURIDAD/AMBIENTE:

1. ¿Vive usted en un casa privada, apartamento, casa móvil u otro tipo de alojamiento? (Marque con un circulo)
2. ¿Sabe usted la temperatura más caliente que ha estado el agua en la tubería de su casa? No Si
3. ¿Existe una alarma funcional de humo en cada piso de su casa? No Si
4. ¿Usa su niño un asiento/cinturón de seguridad cada vez que viaja en un carro? No Si
5. Hay gente fumadora de cigarrillos en la casa? No Si
6. ¿Existen problemas en la condición de su casa? (pintura pelada, insectos, ratas o ratones) No Si
7. ¿Se pone su niño un casco siempre que pasea en bicicleta? No Si

- H. ¿TIENE USTED LA CARTILLA DE VACUNAS? No Si



CENTRAL OREGON
PEDIATRIC ASSOCIATES

2200 NE PROFESSIONAL COURT • BEND, OREGON 97701 • (541) 389-6313