

Medical History Form / Forma de Historia Médica

(Please fill out for your child if he/she is not old enough)

(Por favor llene para su hijo/hija se no es Mayor de edad)

Past Medical History / Historial Médica

Delivered at _____ weeks or full term (circle please)
Semanas de embarazo o término completo (círcule)

Stayed in nursery _____ days / weeks (circles please)

El paciente permaneció en el hospital Cuántos
Días / Semana _____ (círcule)

Does your child have any other problems other than the heart?
El Paciente tiene algún problema de salud que no sea el corazón?

Yes/ No Sí / No (círcule)

If yes please explain / en caso de que sí, por favor explique:

Has your child had any surgeries? Yes/ No (Please Circle)
El paciente ha tenido alguna cirugía? Sí / no (círcule)

If yes please explain / En caso de que sí, por favor explique:

Any complications from surgery? Yes / No
Tenían complicaciones de la cirugía? Sí / no (círcule)

If yes please explain / En caso de que sí, por favor explique:

Serious Illnesses? Yes / No
Enfermedades graves? Sí / no (círcule)

If yes please explain / En caso de que sí, por favor explique:

Child's Name / Nombre del niño: _____

Date/ Fecha: _____

Social History / Historia Social

My child lives with: (circle all that apply)

Mi hijo vive con (marque con un círculo todo lo que corresponda)

Father-Padre / Mother- Madre / Number of sisters- número de hermanas
____ / Number of Brothers-Número de hermanos _____

Birthplace / Lugar de nacimiento: _____

Place of residence / Lugar de residencia: _____

Grade in school / Grado en la escuela: _____

Do you or your child smoke / Usted o el paciente fuma? Yes / No Sí / No

Use alcohol / Toma alcohol? Yes / No Sí / No

Use Drugs / Usa drogas? Yes / No Sí / No

Drink caffeine / Toma bebidas que contienen cafeína? Yes / No Sí / No

Does anyone in the house smoke / Hay alguien en la casa que fuma?
Yes / No Sí / No

Immunizations up to date / Las vacunas están correntie? Yes / No Sí / No

Allergies to medications / El paciente tiene alergias a medicamentos
Yes / No Sí / No

If yes please list below / En caso de que sí, qué son:

Current Medication / Medicamentos que está tomando:

Family History / Historia Familiar **Has any blood relative had these problems?** **Algún pariente ha tenido estos problemas?** **Please circle (círcule por favor)**

Yes/ No - Sí / No Diabetes

Yes/ No - Sí / No High Blood Pressure / Presión alta

Yes/ No - Sí / No Heart Trouble in an adult/Problemas del corazón
Greater than 55 yrs. En adultos (Mayores de 55 años)

Yes/ No - Sí / No Cáncer

Yes/ No - Sí / No Heart problem in a child / Problemas del corazón en niños

Yes/ No - Sí / No Hereditary conditions / Condiciones hereditarias

Yes/ No - Sí / No Bleeding Disorder / Trastorno hemorrágico

Yes/ No - Sí/No High Cholesterol / Colesterol Alta

Yes/ No - Sí/No Stroke/Embolillo

Yes/ No- Si/No Asthma / Asma

Yes/No - Si/ No Sudden death / Muerte súbita

Yes/No - Si/ No Hay Fever / Fiebre del heno

Others not mentioned / Otros no mencionados: _____

**PLEASE CONTINUE
ON THE OTHER SIDE OF THE PAGE**



Current Health Problems/Problemas de salud
Does your child have any of the following? (circle Yes or No)
Su hijo/hija tiene alguno de los siguientes? (circule por favor)

General

Yes/ No - Sí/No Tires easily or low activity level/
Se cansa fácilmente / bajo nivel de actividad
Yes/ No - Sí/No Poor appetite / Falta de apetito
Yes/ No - Sí/No Weight less not from dieting
Pérdida de peso no debido a dieta
Yes/ No - Sí/No Not sleeping well / Esta dormiendo bien

Skin/Piel

Yes/ No - Sí/No Skin Rash / Erupción cutánea
Yes/No -Sí/No Birthmarks / Hay marcas de nacimiento

Eyes-Ojos / Ears-Oídos / Nose-Nariz / Throat-Garganta

Yes/ No - Sí/No Trouble seeing, not helped by glasses
Problemas para ver
Yes/ No - Sí/No Hearing problems / Problemas de Audición
Yes/ No - Sí/No Nosebleeds / Sangra de la nariz
Yes/ No - Sí/No Problems with teeth or gums
Problemas con los dientes o las encías

Allergy-Alergia / Immunology-Immunología

Yes/ No - Sí/No Hay fever / Fiebre del heno
Yes/ No - Sí/No Eczema (Skin allergies)(alergias de la piel)

Psychological/Psicológico

Yes/ No - Sí/No Any concerns about your child's development?
Las preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo
Yes/ No - Sí/No Hyperactivity / Hiperactividad

Cardio-Respiratory system/Sistema Cardio-Respiratoria

Yes/ No - Sí/No Frequent coughing / Frecuente Tos
Yes/ No - Sí/No Wheezing / Sibilancias
Yes/ No - Sí/No Stops breathing while sleeping
Deja de respirar mientras duerme
Yes/ No - Sí/No Short of breath / Dificultad para respirar
Yes/ No - Sí/No Chest pain / Dolor en el pecho
Yes/ No - Sí/No Racing or irregular heart rhythm
Acelerado o irregular ritmo cardíaco
Yes/ No - Sí/No Fainting or near fainting
Desmayos o desvanecimiento
Yes/ No - Sí/No Cyanosis (turning blue)
Cianosis / azul en los labios
Yes/ No - Sí/No Sweating with activity or bottle
Sudor excesivo con actividad o el biberón

Digestive System/ Sistema Digestivo

Yes/ No - Sí/No Abdominal Pain / Dolor abdominal
Yes/No - Sí/No Nausea or vomiting / Náuseas o vómitos
Yes/No - Sí/No Frequent Diarrhea or constipation
Frecuente diarrea o estreñimiento

Urinary System/Sistema Urinario

Yes/ No - Sí / No Blood in the urine / Sangre en la orina
Yes/ No - Sí / No Pain with urination / Dolor al orinar

Muscle-Músculo / Bone-Hueso / Joint-Conjunto

Yes/ No - Sí / No Muscle weakness or Aching
Debilidad muscular o dolor
Yes/ No - Sí / No Painful or stiff joints
Dolor en las articulaciones o rigidez
Yes/ No - Sí / No Scoliosis / curved spine
Escoliosis / Curva Espina

Date: _____

Parent Signature: _____

Please do not sign below line FOR PHYSICIAN USE ONLY
No llene por debajo de esta línea es para el doctor solamente

I have reviewed the information on this sheet

Date: _____

Doctor Signature: _____



LOMA LINDA
UNIVERSITY

LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
MEDICAL HISTORY FORM
LOMA LINDA
INTERNATIONAL HEART INSITUTE
PEDIATRIC CARDIOLOGY

PATIENT IDENTIFICATION LABEL