



**Patient's Medical & Surgical History**  
 Historial Médicoy historial Quirurgico de Paciente

**Patient's Name** (Nombre del Paciente): \_\_\_\_\_ **DOB** (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_

**Person filling out form** (Persona llenando esta formulario): \_\_\_\_\_

**Relationship to Patient** (Relación al paciente): \_\_\_\_\_

**Does your child currently smoke or use chewing nicotine product of nasal snuff?** YES NO  
 Actualmente su hijo/a fuma o usa productos de nicotina a rape nasal? SI NO

**If yes, please circle** Smoke Chews Nasal Snuff  
 Si es así, por favor cicule: Fuma Masca Rape Nasal

**Has your child had a previous history of smoking or using chewing nicotine/snuff?** YES NO  
 Su hijo tiene historia previa de fumar o usar productos de nictoina o rapa? SI NO

**If yes, please circle** Smoke Chews Nasal Snuff  
 Si es así, por favor circule: Fuma Mastica tabaco Rape Nasal

**Does your child have any allergies?** Su hijo/a tiene alérgias?

Allergic to (Alérgico a)...	What happened? (Que pasó?)	When was this? (Cuando fue?)

**Has your child ever been hospitalized?** Su hijo/a ha sido hospitalizado?

When? (Cuando?)	What for? (Por Que?)	How long? (Por cuando tiempo?)

**Has your child ever had surgery?** Su hijo/a ha tiendo cirugia?

When? (Cuando?)	What for? (Por Que?)	Where? (Donde?)

**PLEASE BE SURE TO LIST THE SPECIFIC FAMILY MEMBER, example: Paternal Grandfather**

Por favor asegúrese de poner al miembro específico de la familia, por ejemplo: Abuelo paterno

<b>FAMILY HISTORY OF THESE DISEASES</b> HISTORIAL MEDICO DE FAMILIA DE ESTAS ENFERMADAS	<b>YES</b> (SI)	<b>FAMILY MEMBER</b> MIEMBRO DE LA FAMILIA
<b>ADD/ADHD</b> ADD/ADHD		
<b>Alcohol abuse</b> Abuso de alcohol		
<b>Allergies</b> Alérgias		
<b>Anemia</b> Anemia		
<b>Anxiety disorder</b> Trastorno de ansiedad		
<b>Asthma/lung disease</b> Asma/enfermedad pulmonar		
<b>Bipolar disorder</b> Trastorno bipolar		
<b>Bleeding/blood disorders</b> Trastorno de la sangre		
<b>Cancer</b> Cancer		
<b>Cholesterol problems</b> Problemas del colesterol		
<b>Cystic fibrosis</b> Fibrosis quística		
<b>Depression</b> Depresión		
<b>Diabetes</b> Diabetes		
<b>Down's Syndrome</b> Síndrome de down		
<b>Use of drugs</b> Uso de drogas		
<b>Early death under 50</b> Muerte prematura menos de 50 años		
<b>Eating disorder</b> Desordenes de comer		
<b>Epilepsy or seizure disorder</b> Epilepsia o convulsiones		
<b>GERD</b> Reflujo		
<b>GI disorder, Colitis, celiac, etc</b> Enfermedad colitis, celiaca, etc		
<b>Genetic disorder</b> Enfermedad genética		
<b>Hearing impairment</b> Discapacidad auditiva		
<b>Heart disease/condition</b> Enfermedad del corazón		
<b>High blood pressure</b> Hipertensión, alta presión		
<b>Immune problems, recurrent infection, HIV</b> Problemas inmunes. Infecciones frecuentes, HIV		
<b>Kidney disease</b> Enfermedad del riñón		
<b>Learning disorder</b> Trastorno de aprendizaje		
<b>Liver disease</b> Enfermedades del hígado		
<b>Mental illness</b> Problemas mentales		
<b>Mental retardation/developmental delay</b> Retraso mental/problemas de desarrollo		
<b>Migraines</b> Migraña		
<b>Recurrent ear infections/PETS</b> Infecciones frecuentes del oído/tubos del oído		
<b>Pneumonia/lung infections</b> Neumonía/Infecciones pulmonares		
<b>Rheumaologic problems</b> Problemas reumatológicas		
<b>Skin problems/Eczema</b> Problemas de la piel/Eczema		

<b>Strokes</b> Derrames cerebrales		
<b>Thyroid disorder</b> Problemas de la tiroides		
<b>Urinary tract infections/Bladder infections</b> Infección del tracto urinario/Infección de la vejiga		
<b>Vision problems</b> Problemas de la visión		

**Does your child have (or has he/she had) any of the following conditions?**

Si hijo/a tiene (o a tenido) las siguientes condiciones?

<b>ADD/ADHD or other school problems</b> ADD/ADHD o otro problema en la escuela		<b>Hearing loss</b> Perdida auditiva	
<b>Albuterol use in the past</b> Uso de albuterol en el pasado		<b>Heart problems or murmur</b> Problemas de corazón o un soplo	
<b>Alcohol or drug use</b> Alcohol o uso de drogas		<b>Hospitalizations</b> Hospitalizaciones	
<b>Allergies</b> Alergias		<b>Menstruation started at what age?</b> La menstruación comenzó a qué edad	
<b>Anemia</b> Anemia		<b>Menstrual Problems</b> Problemas menstruales	
<b>Asthma or bronchitis</b> Asma o bronquitis		<b>Mental health concerns</b> Problemas de salud mental	
<b>Birth defects</b> Defectos congénitos		<b>Neurologic disorders</b> Trastornos neurológicos	
<b>Bladder or kidney infection or other urologic problem</b> Infección de la vejiga o enfermedad del riñón		<b>Orthopedic problems</b> Problemas ortopédicos	
<b>Bleeding disorder</b> Trastorno de la sangre		<b>Other infectious illnesses</b> Otras enfermedades infecciosas	
<b>Concussion</b> Conmoción cerebral		<b>Pharyngitis/tonsillitis/strep throat</b> Faringitis, amigdalitis, faringitis estreptocócica	
<b>Constipation</b> Estreñimiento		<b>RSV, bronchiolitis, pneumonia</b> RSV, bronquitis, neumonía	
<b>Croup</b> Crup (tos de crup)		<b>Recurrent colds/URIs</b> Resfriados recurrentes/URIs	
<b>Developmental delay</b> Problemas de desarrollo		<b>Serious injuries or accidents</b> Lesiones graves o accidentes	
<b>Diabetes</b> Diabetes		<b>Sleep apnea</b> Apnea del sueño	
<b>Eating disorder</b> Trastorno alimenticio		<b>Surgeries</b> Cirugías	
<b>Eczema</b> Eczema		<b>Thyroid or other endocrine problems</b> Tiroides	
<b>Emotional problems</b> Problemas emocionales		<b>Other health concerns</b> Otros problemas de salud:	
<b>Epilepsy or seizures</b> Epilepsia, convulsiones			
<b>Eye conditions/glasses</b> Condición de ojo/lentes			
<b>Frequent ear infections</b> Infecciones frecuentes del oído			
<b>GERD</b> Reflujo			
<b>GI Problems</b> Problemas (celiaca, colitis)			

**If you answered YES to any condition in the above sections, please give details below, including family member affected and the disease**

Si respondió que sí a cualquier condición en las secciones arriba, por favor proporcione los detalles a continuación, incluya al miembro de la familia afectado y la enfermedad
