



Unifour Medical Commons
 240 18th Street Circle, S.E.
 Hickory, North Carolina 28602
 Phone: 828-322-2550 • Fax: 828-322-7748

Name of Child _____
 Nombre del Niño/a

Date of Birth _____
 Fecha de Nacimiento

MEDICAL HISTORY
Historia Medica

| BIRTHPLACE HOSPITAL <i>Nacimientol Hospital</i> | CITY <i>Ciudad</i> | STATE <i>Estado</i> |
|--|-----------------------|------------------------|
|--|-----------------------|------------------------|

BIRTH WEIGHT
Peso al nacer

A. ILLNESSES (Enfermedades)

Circle previous illnesses. Give approximate age and severity or complications.

1. Asthma or wheezing (*asmo o respiracion asmatica*) _____
2. Pneumonia (*Neumoniá*) _____
3. Kidney or bladder infections (*Hección de vejiga o riñones*) _____
4. Seizures (*Convulsiones*) _____
5. Heart problems (*Problemas con la corazon*) _____

B. HOSPITALIZATIONS (OTHER THAN BIRTH, INJURIES OR SURGERY)

Hospitalizaciones (aparte del parto alergias o crygias)

| Diagnosis <i>Diagnóstico</i> | Age <i>Edad</i> | Where <i>Donde</i> | Treatment and Outcome <i>Tratamiento</i> |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

C. SURGERY (Cirugia)

| Type <i>Tipo</i> | Age <i>Edad</i> | Where <i>Donde</i> | Complications <i>Complicaciones</i> |
|---------------------|--------------------|-----------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

D. FAMILY HISTORY (Historia Familiar)

| Member | Name <i>Nombre</i> | Year of Birth <i>Fecha de Nociemiento</i> | Health (if deceased, give cause) <i>Salud (caus a de fallesimiento)</i> |
|---|-----------------------|--|--|
| Child's mother (<i>Madre del niño/a</i>) | _____ | _____ | _____ |
| Child's father (<i>Padre del niño/a</i>) | _____ | _____ | _____ |
| Brothers/sisters of child (<i>Hermanos de niño/a</i>) | | | |
| 1 | _____ | _____ | _____ |
| 2 | _____ | _____ | _____ |
| 3 | _____ | _____ | _____ |
| 4 | _____ | _____ | _____ |
| 5 | _____ | _____ | _____ |
| 6 | _____ | _____ | _____ |

MEDICAL HISTORY
Historia Medica

Name of Child _____
Nombre del Niño/a

Date of Birth _____
Fecha de Nacimiento

Is there any family history of the following (include grandparents, aunts, uncles, 1st cousins):
Hay alguna historia familiar que incluya los abuelos, tíos, y primos cercanos:

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Asthma (wheezing) <i>Asthma</i> | 2. Thyroid disease <i>Enfermedades de Tiroides</i> | 3. Tuberculosis <i>Tuberculosis</i> |
| 4. Serious allergies <i>Alergias serias</i> | 5. Liver disease <i>Enfermedad del higade</i> | 6. Cancer <i>Cancer</i> |
| 7. Diabetes ("sugar") <i>Diabético (azúcar)</i> | 8. Kidney disease <i>Enfermedades renal</i> | 9. Obesity (overweight) <i>Obesidad</i> |
| 10. Convulsions (seizures) <i>Convulsiones</i> | 11. Childhood heart disease <i>Enfermedad del Corazon</i> | 12. High blood pressure <i>Alta presion</i> |
| 13. Mental retardation <i>Retardado mental</i> | 14. Birth defects <i>Problemas de nacimiento</i> | 15. Heart attack before age 50 <i>Ataque de Carazon antes de 50 años</i> |
| 16. Blood disorders <i>Desórdenes en la sangre</i> | 17. Death in first year of life <i>Muerte en el primer año</i> | 18. Stroke before age 60 <i>Derrame cebral antesae 60 años</i> |
| 19. Bleeding tendencies <i>Tendencia al sangramiento</i> | 20. Any other condition occurring in 2 or more family members. <i>Cualquier otra condición que haya ocurrido en 2 o más en la familia.</i> | |

If yes, list disease or condition below; give relationship of family member to child and specific diagnosis and circumstances (if known)
Si es que sí, lista las enfermedades y condición numero, de la relación que tiene con esta niño y especifi que diagnostico circunstancias.

ENVIRONMENT (Medio Ambiente)

A. Water source (Agua de): city (ciudad) _____ well (pozo) _____ other (otro tipo) _____

B. Foreign Travel (places and dates)
Viajes a paises del extranjero (lugares y fechas)

C. Person's living in patient's home other than parents/brothers/sisters:
Personas que viven en la casa con paciente, aparte de los padres, hermanos, y hermanas:

D. Any exposure to tobacco smoke:
Caulquer exposicion a quimicos, venemos, humos:

