SIERRA VISTA HOSPITAL & CLINICS

800 East 9th Avenue, Truth or Consequences
Hospital:/*Hospital:* 575.894.2111 Clinics:/*Clínicas:* 575.894.3221

NEW PEDIATRIC PATIENT/*NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO*

Full name:/*Nombre completo:* _____**Date of birth:/*Fecha de nacimiento:*** _____ / _____ / _____

Form completed by:/*Formulario completado por:* ☐ Self/*Paciente* ☐ Other/*Otro* Name/*Nombre* _____
Relationship:/*Relación:*_____

Allergies/*Alergias* ☐ None/*Ninguna*

Allergy/*Alergia*	Reaction/*Reacción*

Medications and Supplements/*Medicamentos y suplementos* ☐ None/*Ninguno*

Medication/Supplement/*Medicamento/Suplemento*	Dose/*Dosis*	Times per Day/*Veces al día*

Surgeries and Hospitalizations/*Cirugías y hospitalizaciones* ☐ None/*Ninguna*

Type/*Tipo*	Date/*Fecha*	Location/Facility/*Ubicación/Centro*

Prenatal/Antenatal history (For infant and young child patients)/Antecedentes prenatales/antenatales (para pacientes lactantes y niños pequeños)

Did mother receive prenatal care?/*¿La madre recibió atención prenatal?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO*
If yes, where?/*En caso afirmativo, ¿dónde?*

Any complications during the pregnancy?/*¿Alguna complicación durante el embarazo?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO*
If yes, what were they?/*En caso afirmativo, ¿cuáles fueron?*

Was patient born at term (37 weeks or more)?/*¿El paciente nació a término (37 semanas o más)?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO*	Birth weight:/*Peso al nacer:*
Type of feeding:/*Tipo de alimentación:* ☐ Breast/*Pecho* ☐ Bottle/*Biberón* ☐ Both/*Ambos*	

Developmental History/Antecedentes del desarrollo

Were you ever concerned about your child's development?/*¿Alguna vez le preocupó el desarrollo de su hijo(a)?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO* If yes, please explain/*En caso afirmativo, explique.*
Does your child currently receive any special therapy such as OT, PT or speech?/*¿Su hijo(a) recibe actualmente algún tipo de terapia especial, como terapia ocupacional, fisioterapia o del habla?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO* If yes, please explain/*En caso afirmativo, explique.*
Does your child currently receive any special educational therapy such as Early Intervention or Special Education?/*¿Su hijo(a) recibe actualmente alguna terapia educativa especial, como intervención temprana o educación especial?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO* If yes, please explain/*En caso afirmativo, explique.*
Any concerns about your child's behavior?/*¿Le preocupa el comportamiento de su hijo(a)?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO* If yes, please explain/*En caso afirmativo, explique.*

Personal Medical History/*Antecedentes médicos personales* ☐ None/*Ninguno*

✓	**Disease/Condition/*Enfermedad/Afección***	**Date of Diagnosis/*Fecha de diagnóstico***
	Alcohol use/Tobacco use/Drug use/*Consumo de alcohol/Consumo de tabaco/Consumo de drogas*	
	Asthma/*Asma*	
	Birthmarks/*Marcas de nacimiento*	
	Cleft lip/cleft palate/*Labio leporino/paladar hendido*	
	Depression/Anxiety/*Depresión/Ansiedad*	
	Suicidal/Bipolar/*Suicida/Bipolar*	
	Diabetes/*Diabetes*	
	Failure to thrive/*Retraso en el crecimiento*	
	Heart problem (murmur, abnormal rhythm)/*Problema cardíaco (soplo, ritmo anormal)*	
	High blood pressure/*Hipertensión arterial*	
	Large tongue/macroglossia/*Lengua grande/macroglosia*	
	Kidney disease/*Enfermedad renal*	
	Thyroid disease/*Enfermedad tiroidea*	
	Migraine/headache/*Migraña/dolor de cabeza*	
	Overweight/Obesity/*Sobrepeso/obesidad*	
	Recurrent infections/*Infecciones recurrentes*	
	Anemia/*Anemia*	
	Stomach issues (pain, heartburn, etc.)/*Problemas estomacales (dolor, acidez estomacal, etc.)*	
	Seizures/Epilepsy/*Convulsiones/Epilepsia*	
	Crohn's disease/Ulcerative Colitis/*Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa*	
	Bleeding issues/*Problemas hemorrágicos*	

Infection History Please check all that apply/Historial de infecciones Marque todas las opciones que correspondan

✓	**Infection/*Infección***	✓	**Infection/*Infección***
	Chickenpox/Varicella/*Varicela*		Frequent colds/*Resfríos frecuentes*
	Measles/*Sarampión*		Pneumonia/*Neumonía*
	Mumps/*Paperas*		Rheumatic Fever/*Fiebre reumática*
	Rubella/*Rubéola*		Tonsillitis/*Amigdalitis*
	Scarlet fever/*Escarlatina*		Recurrent ear infections/*Infecciones recurrentes del oído*

Vaccinations up to date?/*¿Vacunas al día?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO* ☐ UNSURE/*NO ESTOY SEGURO(A)*

Health Maintenance/Mantenimiento de la salud

Test/*Prueba*	**Date/*Fecha***	**Facility/Provider/*Centro/Proveedor***	**Abnormal Result? Y or N/*¿Resultado anormal? Sí o No***
Hearing test/*Prueba de audición*			
Vision Test/*Examen de la vista*			
Autism Screen/*Prueba de detección del autismo*			

Family Medical History:/*Antecedentes médicos familiares:* ☐ None/*Ninguno* ☐ Unknown/*Desconocido*

Please check all that apply/*Marque todas las opciones que correspondan.*	Alcohol/drug use/*Consumo de alcohol o drogas*	Asthma/*Asma*	Cancer: (type/*Cáncer: (tipo___)*	COPD/*EPOC*	Depression/anxiety/*Depresión/ansiedad*	Bipolar/suicidal/*Trastorno bipolar/Tendencia suicida*	Diabetes/*Diabetes*	Early death/*Muerte prematura*	Heart disease/*Enfermedad cardiaca*	High blood pressure/*Hipertensión arterial*	Kidney disease/*Enfermedad renal*	Stroke/*Accidente cerebrovascular*	Thyroid disease/*Enfermedad tiroidea*	Migraines/*Migrañas*	Autoimmune disease/*Enfermedad autoinmune*
Mother/*Madre*															
Father/*Padre*															
Brother/*Hermano*															
Sister/*Hermana*															
Child/*Hijo(a)*															

Maternal Grandmother/ *Abuela materna*															
Maternal Grandfather/*Abuelo materno*															
Paternal Grandmother/ *Abuela paterna*															
Paternal Grandfather/*Abuelo paterno*															

Social History/Antecedentes sociales

Does your child currently attend school/daycare?/*¿Su hijo(a) asiste actualmente a la escuela/guardería?*
☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO*
If yes, what school does your child attend?/*Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué escuela asiste su hijo(a)?*
What grade is your child in?/*¿En qué grado está su hijo(a)?*

Anyone smoke in home?/*¿Alguien fuma en su casa?*
If yes, inside the home or outside the home?/*En caso afirmativo, ¿dentro o fuera de la casa?*

Tobacco use?/*¿Consume tabaco?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO* **If yes…/*En caso afirmativo...***
☐ Cigarettes?/*¿Cigarrillos?* ☐ Cigars?/*¿Cigarros?* ☐ Vaping?/*¿Vapeo?* ☐ Chewing tobacco?/*¿Tabaco de mascar?*

Answer if CURRENT USER/*Responda si es USUARIO(A) ACTUAL*	**Answer if FORMER USER/*Responda si es ANTIGUO(A) USUARIO(A)***
How many per day?/*¿Cuántos al día?*	**Quit date:/*Fecha de abandono:***
How many years?/*¿Cuántos años?*	**How many per day?/*¿Cuántos al día?***
Are you interested in quitting?/*¿Está interesado(a) en dejar de fumar?*	**How many years?/*¿Cuántos años?***

Does your child drink alcohol?/*¿Su hijo(a) bebe alcohol?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO* **If yes, how many drinks per day?/*En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas al día?***

Does your child use recreational substances?/*¿Su hijo(a) consume alguna sustancia recreativa?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO*
Has your child ever used needles to inject drugs?/*¿Su hijo(a) ha usado alguna vez agujas para inyectarse drogas?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO*

Is your child sexually active?/*¿Su hijo(a) es sexualmente activo(a)?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO*
Birth control method:/*Método anticonceptivo:* ☐ None/*Ninguno* ☐ Condom/*Condón* ☐ Pill/*Píldora* ☐ Patch/*Parche* ☐ Ring/*Anillo* ☐ Nexplanon/*Nexplanon* ☐ IUD/*DIU* ☐ Depo Provera/*Depo Provera*

Does your child exercise regularly?/*¿Su hijo(a) hace ejercicio con regularidad?* ☐ YES/*SÍ* ☐ NO/*NO*
If yes, how long?/*En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo?*
How often?/*¿Con qué frecuencia?*

How many hours of sleep does your child get on average?/*¿Cuántas horas duerme su hijo(a) en promedio?*	**How would you rate your child's diet?/*¿Cómo calificaría la dieta de su hijo(a)?*** ☐ Good/*Buena* ☐ Fair/*Regular* ☐ Poor/*Mala*

Other Providers/Specialists/*Otros proveedores/especialistas* ☐ None/*Ninguno*

Providers/Facility/*Proveedores/Centro*	Specialty/*Especialidad*

Review of Systems: Please Check All That Apply/Revisión de sistemas: marque todas las opciones que correspondan.

✓	**CONSTITUTIONAL/*CONSTITUCIONAL***	✓	**CARDIOVASCULAR/*CARDIOVASCULAR***	✓	**MUSCULOSKELETAL/*MUSCULOESQUELÉTICO***
	Fever/*Fiebre*		Chest pain/*Dolor en el pecho*		Joint pain/*Dolores articulares*
	Chills/*Escalofríos*		Heart racing/palpitations/*Taquicardia/palpitaciones*		Joint swelling/*Inflamación articular*
	Sweats/*Sudores*		Heart fluttering/*Latidos cardíacos irregulares*		Leg pain with walking/*Dolor en las piernas al caminar*
	Fatigue/*Cansancio*		Leg swelling/*Hinchazón en las piernas*		Muscle aches/*Dolores musculares*
	Appetite Changes/*Cambios en el apetito*				Neck pain/neck stiffness/*Dolor de cuello/rigidez en el cuello*
	Weight Changes/*Cambios en el peso*	✓	**GASTROINTESTINAL/*GASTROINTESTINAL***		Increased muscle tone/*Aumento del tono muscular*
			Abdominal pain/*Dolor abdominal*		Muscle weakness/*Debilidad muscular*
✓	**ENT/Head/Eyes/*Otorrinolaringología/Cabeza/Ojos***		Nausea/vomiting/*Náuseas/vómitos*		
	Change in vision/*Cambio en la visión*		Constipation/*Estreñimiento*	✓	**NEUROLOGICAL/*NEUROLÓGICO***
	Ear pain/*Dolor de oído*		Diarrhea/*Diarrea*		Dizziness/*Mareos*
	Ear discharge/*Secreción del oído*		Acid reflux/heartburn/*Reflujo ácido/acidez estomacal*		Lightheadedness/*Mareos*
	Hearing loss/ringing of ears/*Pérdida de la audición/zumbido en los oídos*		Blood in stool/*Sangre en las heces*		Balance problems/*Problemas de equilibrio*
	Nosebleeds/*Hemorragias nasales*		Pain in rectum/*Dolor en el recto*		Paralysis of any body part/*Parálisis de cualquier parte del cuerpo*
	Sinus pressure/*Presión en los senos paranasales*				Headaches/*Cefaleas*
	Sneezing/*Estornudos*	✓	**ENDOCRINE/*ENDOCRINO***		Numbness/Tingling/*Entumecimiento/hormigueo*
	Facial swelling/*Inflamación facial*		Hair changes/*Cambios en el cabello*		Seizures/*Convulsiones*
	Sinus congestion/*Congestión de los senos paranasales*		Skin changes/*Cambios en la piel*		Tremors/*Temblores*
	Mouth sores/*Llagas en la boca*		Increase thirst/*Aumento de la sed*		Weakness/*Debilidad*
	Sore throat/*Dolor de garganta*		Increased hunger/*Aumento del apetito*		

	Trouble swallowing/*Problemas para tragar*			✓	**PSYCHIATRIC/*PSIQUIÁTRICO***
	Drooling/*Salivación*	✓	**GENITOURINARY/*GENITOURINARIO***		Increase in stressors/*Aumento de factores estresantes*
			Pain with urination/*Dolor al orinar*		Behavior issues/*Problemas de comportamiento*
✓	**RESPIRATORY/*RESPIRATORIO***		Urinary frequency/*Frecuencia urinaria*		Confusion/*Confusión*
	Cough/*Tos*		Increased urinating at night/*Aumento de la micción nocturna*		Depression/*Depresión*
	Shortness of breath/*Dificultad para respirar*		Blood in urine/*Sangre en la orina*		Anxiety/Agitation/*Ansiedad/Agitación*
	Wheezing/*Sibilancia*		Painful periods/*Menstruaciones dolorosas*		Decreased concentration/ *Disminución de la concentración*
	Sputum/*Esputo*		Heavy periods/*Menstruaciones abundantes*		Hallucinations/*Alucinaciones*
	Chest tightness/*Opresión en el pecho*		Irregular periods/*Períodos irregulares*		Sleep disturbances/*Trastornos del sueño*
	Choking/*Atragantamiento*		Abnormal genital appearance/*Aspecto genital anormal*		Suicidal thoughts/*Pensamientos suicidas*
	Loud snoring/*Ronquidos fuertes*		Testicular pain/*Dolor testicular*		
			Genital sores/*Llagas genitales*	✓	**OTHER ISSUES/*OTROS PROBLEMAS***
✓	**HEMATOLOGICAL/*HEMATOLÓGICO***				
	Easy bruising/bleeding/*Fácil aparición de hematomas/sangrado*	✓	**SKIN/*PIEL***		
	Swollen lymph nodes/*Inflamación de los ganglios linfáticos*		Rashes/*Erupciones*		
			Ulcers/wounds/*Úlceras/heridas*		
			Changing mole/*Cambio de lunar*		