



**KAISER
PERMANENTE®**

These questions are **CONFIDENTIAL**. The answers will help you and your pediatrician/practitioner choose the best ways to improve your child's health. Skip any question which you would prefer not to answer or which doesn't apply to you.

Name _____

MR # _____

CHILD AND FAMILY HISTORY QUESTIONNAIRE

IMPRINT AREA

Please tell us about...

Completed by: _____ Date: _____
(please sign) ☐ Mom ☐ Dad ☐ Other

☒ YOUR CHILD'S FAMILY MEMBERS

Phone: _____

Name (first & last)	Year Born	General Health	Name (first & last)	Year Born	General Health
☐ Parent ☐ Adoptive Parent ☐ Step-Parent		☐ Good	Sister or Brother		☐ Good
☐ Parent ☐ Adoptive Parent ☐ Step-Parent		☐ Good	Sister or Brother		☐ Good
Sister or Brother		☐ Good	Sister or Brother		☐ Good

☒ YOUR CHILD'S FAMILY SOCIAL HISTORY

What is your marital status? ☐ Married ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Single ☐ Widow ☐ Domestic Partner

Who cares for your child during the day or after school? ☐ Parent ☐ Relative ☐ Day Care ☐ Baby-Sitter ☐ Friend

What languages are spoken in your home? ☐ English ☐ Spanish ☐ Chinese ☐ Other:

What type of work do you and your partner perform outside of the home?

☐ Mother / Partner: _____ ☐ Father / Partner: _____

☒ YOUR FAMILY HEALTH HISTORY

Check if blood relatives (parents, siblings or grandparents) have ever had problems with:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Alcohol/Drug Problems | ☐ Birth Defects | ☐ Kidney Problems |
| ☐ Asthma | ☐ Diabetes | ☐ Mental Illness Treatment |
| ☐ Attention/Learning Problems | ☐ Epilepsy or Convulsions | ☐ Overweight |
| ☐ Bleeding Problems | ☐ Heart Attack/Stroke before 55yr | ☐ Physical or Sexual Abuse |
| | | ☐ Thyroid Problems |

Write in any other conditions that run in your family:

☒ YOUR CHILD'S HOME

Check if your child's home or homes have any of the following:

- | | |
|---|--|
| ☐ Someone in home with tuberculosis (TB) or positive skin test | ☐ My child lives or spend times in a place built <u>before 1978</u> that has peeling or chipped paint or has <u>recently</u> been renovated |
| ☐ Someone in home with recent travel outside U.S. | ☐ My child receives Medi-Cal or other government assistance (ex:WIC) |
| ☐ Someone in home who smokes | |
| ☐ Someone in home who owns a gun | |
| ☐ Pets in the home If yes, please list: _____ | |

☒ YOUR CHILD'S BIRTH HISTORY

How much did your baby weigh at birth? _____ Pounds _____ Ounces OR _____ Kilograms

Your child's birthdate was _____ ? ☐ On Time ☐ Early ☐ Late

Was your baby born breech (feet first)? ☐ Yes ☐ No

Did your child have any problems soon after birth? ☐ None ☐ Problems:

☒ YOUR CHILD'S MEDICAL HISTORY

Check if your child has or has ever had:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Anemia | ☐ Bleeding Problems | ☐ Kidney Problems |
| ☐ Asthma | ☐ Chickenpox | ☐ Lead Poisoning |
| ☐ Attention/Learning Problems | ☐ Diabetes | ☐ Mental Illness Treatment |
| ☐ Birth Defects | ☐ Epilepsy or Convulsions | ☐ Physical or Sexual Abuse |
| ☐ Health care from an accupuncturist, herbalist, curandero or other healer | | |

☐ **Current Medications:**

☐ **Medication Allergies:**

☐ **Hospitalization/Surgery:**

Write in any other health problems that your child has had:

STOP HERE - THANKS FOR FILLING OUT THIS QUESTIONNAIRE!



Estas preguntas son **CONFIDENCIALES**. Las respuestas ayudarán a que usted y su pediatra o profesional médico seleccionen las mejores formas de mejorar la salud de su hijo. Ignore las preguntas que prefiera no contestar o que no le correspondan.

Nombre _____

MR # _____

CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL MÉDICO DE SU HIJO Y DE SU FAMILIA

ÁREA PARA IMPRESIÓN

Por favor infórmenos sobre...

Llenado por: _____ **Fecha:** _____
(por favor firme) ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro

☒ LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE SU HIJO

Teléfono: _____

Nombre (nombre y apellido)	Año de nacimiento	Salud general	Nombre (nombre y apellido)	Año de nacimiento	Salud general
☐ Padre ☐ Padre adoptivo ☐ Padrastra		☐ Buena	Hermana o hermano		☐ Buena
☐ Madre ☐ Madre adoptiva ☐ Madrastra		☐ Buena	Hermana o hermano		☐ Buena
Hermana o hermano		☐ Buena	Hermana o hermano		☐ Buena

☒ HISTORIAL SOCIAL DE LA FAMILIA DE SU HIJO

¿Cuál es su estado civil? ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Acompañado

¿Quién cuida a su hijo durante el día o después de la escuela? ☐ Padre/Madre ☐ Familiar ☐ Guardería infantil

☐ Cuidador(a) de niños ☐ Amigo(a)

¿Qué idiomas se hablan en su hogar? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Otro:

¿Qué tipo de trabajo realizan usted y su compañero(a) fuera del hogar?

☐ Madre/Compañero: _____ ☐ Padre/Compañera: _____

☒ HISTORIAL MÉDICO DE SU FAMILIA

Marque si algún pariente consanguíneo (padres, hermanos o abuelos) ha tenido alguna vez problemas de:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Alcohol/drogas | ☐ Defectos congénitos | ☐ Riñones |
| ☐ Asma | ☐ Diabetes | ☐ Tratamiento de enfermedades mentales |
| ☐ Atención/Aprendizaje | ☐ Epilepsia o convulsiones | ☐ Exceso de peso |
| ☐ Sangrado | ☐ Ataque cardíaco/Accidente cerebrovascular antes de los 55 años | ☐ Abuso físico o sexual |
| | | ☐ Tiroides |

Escriba cualquier otro problema médico hereditario presente en la familia:

☒ EL HOGAR DE SU HIJO

Marque si en el hogar u hogares de su hijo ocurre algo de lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| ☐ Alguien en casa tiene tuberculosis (TB) o fue positivo en una prueba cutánea (en la piel) | ☐ Mi hijo vive o pasa tiempo en un lugar construido <u>antes de 1978</u> que tiene pintura agrietada o despegada o que <u>recientemente</u> se ha renovado |
| ☐ Alguien en casa viajó recientemente fuera de Estados Unidos | ☐ Mi hijo recibe Medi-Cal u otro tipo de asistencia del gobierno (p. ej., WIC) |
| ☐ Alguien en casa fuma | |
| ☐ Alguien en casa posee un arma de fuego | |
| ☐ Hay mascotas en casa, por favor indique cuáles: _____ | |

☒ HISTORIAL DEL NACIMIENTO DE SU HIJO

¿Cuánto pesó su bebé al nacer? _____ libras _____ onzas O BIEN _____ kg

¿Nació su hijo _____? ☐ A tiempo ☐ Antes ☐ Después

¿Nació su bebé en presentación pélvica (con las nalguitas o los pies primero)? ☐ Si ☐ No

¿Tuvo su hijo algún problema poco después de nacer? ☐ Ninguno ☐ Problemas:

☒ EL HISTORIAL MÉDICO DE SU HIJO

Marque si su hijo tiene o ha tenido:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Anemia | ☐ Problemas de sangrado | ☐ Problemas renales |
| ☐ Asma | ☐ Varicela | ☐ Envenenamiento con plomo |
| ☐ Problemas de atención/aprendizaje | ☐ Diabetes | ☐ Tratamiento de enfermedades mentales |
| ☐ Defectos congénitos | ☐ Epilepsia o convulsiones | ☐ Abuso físico o sexual |
| ☐ Atención médica de un acupunturista, herbario, curandero u otro sanador | | |
| ☐ Medicamentos que está tomando: | | |
| ☐ Alergias a medicamentos: | | |
| ☐ Hospitalización/Cirugía: | | |

Escriba otros problemas médicos que su hijo haya tenido:

DETÉNGASE AQUÍ ¡MUCHAS GRACIAS POR CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO!