



Patient Medical Information

Child's Name / Nombre del Niño: _____ DOB: ____/____/____ Age / Edad: _____

Parent's Name / Nombre de los padres: _____

Address / Domicilio: _____ City: _____ State: ____ Zip: _____

Home Telephone / Teléfono de casa: _____ Cell Phone / Teléfono Celular: _____

Email: _____

Place of Birth / Lugar de Nacimiento: _____ Length of Residence in USA / Tiempo de Residencia en USA: _____

Physician's Name / Nombre del Doctor: _____ Phone/ Teléfono: _____

Does the child live with both parents? / Vive el niño con ambos padres? _____

Name and ages of Brothers and Sisters / Nombres y edades de los hermanos y hermanas: _____

Languages spoken at home / Idiomas hablados en la casa: _____

Languages spoken by child / Idiomas hablados por el niño: _____

Prenatal and Birth History

Was your delivery premature, normal, delayed, or cesarean? / Fue su parto prematuro, normal, retrasado o cesarea? _____

Did you smoke or consume alcoholic beverages regularly during the pregnancy? / Fumo o bebió alcohol durante el embarazo? _____

Did you have any infection, illness, accident or injuries during the pregnancy? / Tuvo infecciones, enfermedades, accidentes o golpes durante el embarazo? _____

When did you begin to receive medical attention for the pregnancy? / Cuando empezó a recibir atención médica con este embarazo? _____

What medications did you take during your pregnancy? / Que medicamentos tomo durante el embarazo? _____

Were there any complications during the delivery? / Tuvo complicaciones durante el parto? _____

Did you receive medications during the delivery? / Recibió medicamentos durante el parto? _____

What did the child weight at birth? / Cuanto peso el niño al nacer? _____

Did the child suffer any complications at birth? / Sufrió el niño alguna complicación al nacer? _____



Developmental History

How old was your child when/ *Que edad tenia el niño cuando:*

- * Sat without help / *Se sento sin ayuda:* _____
 - * Started to eat alone/ *Comenzo a comer sólo:* _____
 - * Began to crawl / *Empezó a gatear:* _____
 - * Stood / *Se paro:* _____
 - * Walked without help / *Caminó sin ayuda:* _____
 - * Dress self / *Se vistió sin ayuda:* _____
 - * Said first words / *Dijo sus primeras palabras:* _____
 - *Toilet / *Fue al baño:* _____
 - * In what language / *En que idioma:* _____
 - * Began to combine two words / *Empezó a combinar dos palabras:* _____
 - * Began to combine three or more words / *Empezo a combinar tres o más palabras:* _____
 - * Does the child have or has had any feeding problems? / *El niño ha tenido o tiene problemas para comer?* _____
- If yes, please describe/ *En caso afirmativo por favor descríballo:* _____
-

Medical History

- ___ Asma / *asma* ___ Bronchitis / *bronquitis* ___ Throat Infection / *Infección de la garganta*
- ___ Convulsiones / *Convulsiones* ___ Mumps/ *Papera* ___ Dehydration/ *deshidratación*
- ___ Bladder problems / *Problemas de la vejiga* ___ Epilepsy/ *Epilepsia* ___ High Fever/ *Fiebre alta*
- ___ Kidney Problems / *Problema de los riñones* ___ Pneumonia/ *Pneumonia*
- ___ Tonsil Infection / *infección de anginas* ___ Ear infection / *infección del oído* *How Many? /Cuantas?* _____

Any other illness? / *Alguna otra enfermedad?* _____

Any IFSP or IFP plan?/ *Algun plan IFSP o IFP?* _____ If Yes, copy / *Si hay, copia:* _____

Education History: Does the child attend daycare or preschool / *Asiste el niño al colegio o guardería?* _____

Signature/ *Firma*

Relationship to child/ *Parentesco*

Date/ *Fecha*