

Child's Name \_\_\_\_\_

Birth \_\_\_\_\_

### History to be filled out by Mother

#### A. PREGNANCY AND BIRTH:

- |   |       |     |
|---|-------|-----|
| 1. Did you have an illness during your pregnancy?       | NO    | YES |
| 2. Did the baby come on time?                           | YES   | NO  |
| 3. What Was the birth Weight?                           | _____ |     |
| 4. Did your baby have any trouble starting to breathe?  | NO    | YES |
| 5. Did the baby have any trouble while in the hospital? | NO    | YES |

#### B. FEEDING AND DIGESTION:

- |   |       |     |
|---|-------|-----|
| 1. Was there severe colic or any unusual feeding problems the first 3 months? | NO    | YES |
| 2. Is your child's appetite usually good?                                     | YES   | NO  |
| 3. Is it good now?  | YES   | NO  |
| 4. Do any foods disagree with him/her?  | NO    | YES |
| 5. Does he/she often have diarrhea?   | NO    | YES |
| 6. Has constipation ever been much of a problem?                              | NO    | YES |
| 7. Does he/she take vitamins?   | YES   | NO  |
| 8. If still on formula, which one do you use?                                 | _____ |     |

#### C. FAMILY HISTORY

1. Circle any of the following diseases that this child's parents, grandparents, aunts, uncles, brothers, sisters have had:  
**Tuberculosis    Diabetes    Asthma**  
**Allergy    Selzures    Cancer**  
**Mental Illness    Inherited Diseases**
2. Are the child's parents both in good health? YES NO
3. List ages, sex and general health of brothers and sisters:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Have any of your children died? NO YES

#### D. INFECTION, ILLNESSES, MISCELLANEOUS PROBLEMS AND DEVELOPMENT:

- |   |       |     |
|---|-------|-----|
| 1. Has your child had as many as three bouts or ear trouble?                              | NO    | YES |
| 2. Does he/she usually have more than three colds or throat infections a year with fever? | NO    | YES |
| 3. Does he/she have any trouble with urination?   | NO    | YES |
| 4. Has he/she ever had a convulsion?  | NO    | YES |
| 5. Does he/she hear well?   | YES   | NO  |
| 6. Has he/she had any trouble with his/her eyes?  | NO    | YES |
| 7. At what age did he/she sit alone?  | _____ |     |
| 8. At what age did he/she walk alone?   | _____ |     |
| 9. Did he/she say any words by the time he/she was 1½ years old?                          | YES   | NO  |

10. Does he/she have any trouble sleeping now? NO YES
11. Are there any problems with his/her teeth? NO YES
12. Circle any of the following that your child has had:  
"red" or "hard" measles    Pneumonia  
Whooping cough    Broken Bones  
German or "3-day" measles  
Serious accidents  
Removal of tonsils and adenoids  
Other operations \_\_\_\_\_  
Other diseases - what? \_\_\_\_\_  
Hospitalization - for what? \_\_\_\_\_

#### E. ALLERGIES:

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1. Has he/she ever had eczema or hives?                                      | NO | YES |
| 2. Has he/she ever had wheezing or asthma?                                   | NO | YES |
| 3. Does he/she tend to have a stuffy nose or "constant cold"?                | NO | YES |
| 4. Has he/she had any allergies or reactions to any medicines or injections? | NO | YES |

#### F. EMOTIONAL PROBLEMS

- |   |                    |    |
|---|--------------------|----|
| 1. Is he/she doing well in school?                      | YES                | NO |
| 2. Does he/she get along with other children?           | YES                | NO |
| 3. Underline any of the following which your child has: |                    |    |
| Nail biting   | Thumbsucking       |    |
| Nightmares  | Bad temper         |    |
| Irritable   | Wets bed           |    |
| Won't mind  | Can't toilet train |    |
| Speech problem  | Breath holding     |    |
| Jealousy  |                    |    |

#### G. TESTS AND IMMUNIZATIONS:

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| 1. Has he/she had the "DPT" or diphtheria, tetanus and whooping cough vaccine? | YES | NO |
| 2. His/her last DPT booster date: _____  |     |    |
| 3. Has he/she had all 3 doses of polio vaccine by mouth?                       | YES | NO |
| 4. Has he/she had measles vaccine? When? _____                                 | YES | NO |
| 5. Has he/she had a skin test for tuberculosis? When Last? _____               | YES | NO |

Any check in the right hand column are investigated.

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_

NACIMIENTO \_\_\_\_\_

### Historia a ser llenado por madre

#### A. EMBARAZO Y NACIMIENTO:

- |   |       |    |
|---|-------|----|
| 1. Tuvo una enfermedad durante su embarazo?             | NO    | SÍ |
| 2. El bebé nació a tiempo?                              | SÍ    | NO |
| 3. Lo que fue el nacimiento de peso?                    | _____ |    |
| 4. Su bebé tuvo algún problema para respirar al nacer?  | NO    | SÍ |
| 5. El bebé tuvo algún problema mientras en el hospital? | NO    | SÍ |

#### B. DE LA ALIMENTACIÓN Y LA DIGESTIÓN:

- |   |       |    |
|---|-------|----|
| 1. Hubo graves colic o cualquiera problemas de alimentación inusuales los 3 primeros meses? | NO    | SÍ |
| 2. El apetito de su hijo(a) es generalmente buena?  | SÍ    | NO |
| 3. Es bueno ahora?  | SÍ    | NO |
| 4. No cualquier alimento están de acuerdo con él?   | NO    | SÍ |
| 5. A menudo tiene diarrea?  | NO    | SÍ |
| 6. El estreñimiento nunca sido gran parte de un problema?                                   | NO    | SÍ |
| 7. Toma vitaminas?  | SÍ    | NO |
| 8. Si todavía esta en la fórmula, que uno lo uso?   | _____ |    |

#### C. HISTORIA FAMILIAR

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Círcule cualquiera de las siguientes enfermedades que este padres, abuelos, tías, tíos, hermanos, hermanas han había:<br><b>La tuberculosis    diabetes    asma</b><br><b>Alergia    cáncer de Selzures</b><br><b>Enfermos mentales</b><br><b>heredados Enfermedades</b> |    |    |
| 2. Los padres del niño ambos esta en buena salud?   | SÍ | NO |
| 3. Las edades, sexo y salud general de hermanos y hermanas:<br>_____<br>_____<br>_____  |    |    |
| 4. Algunos de sus hijos a fallecido?  | NO | SÍ |

#### D. INFECCIÓN, ENFERMEDADES, VARIOS PROBLEMAS Y DESARROLLO:

- |  |       |    |
|--|-------|----|
| 1. Su hijo a tenido como tres infecciones o problemas de oído?                                 | NO    | SÍ |
| 2. Generalmente con más de tres de los resfriados o infecciones de garganta un año con fiebre? | NO    | SÍ |
| 3. Tiene cualquier problema con orina?   | NO    | SÍ |
| 4. Ha ha tenido una convulsión?  | NO    | SÍ |
| 5. Escuchar bien?  | SÍ    | NO |
| 6. Ha tenido algún problema con sus ojos?  | NO    | SÍ |
| 7. A qué edad se sento solo?   | _____ |    |
| 8. A qué edad camino solo?   | _____ |    |
| 9. Decir cualquier palabras por el momento éste era años 1½ viejo?                             | SÍ    | NO |

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 10. Tiene cualquier problema al dormir ahora?  | NO | SÍ |
| 11. Existe algún problema con su dientes?  | NO | SÍ |
| 12. Círculo cualquiera de las siguientes opciones que su niño ha tenido:<br>El sarampión "rojo" o "duro"    Pnevmonía<br>Whooping Cough    Huesos rotos<br>Aleman o el sarampión "3-día"<br>Accidentes graves<br>Extirpación de las amígdalas andadenoids<br>Otras operaciones _____<br>Otras enfermedades-qué? _____<br>Hospitalización - para qué? _____ |    |    |

#### E. LAS ALERGIAS:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Jamás ha tenido eczema o colmenas?   | NO | SÍ |
| 2. Jamás ha tenido sibilancias o asthma?                                      | NO | SÍ |
| 3. Tienden a tener una congestión nasal o "frío constante"?                   | NO | SÍ |
| 4. Ha tenido cualquier alergia o reacciones a medicamentos o las inyecciones? | NO | SÍ |

#### F. PROBLEMAS EMOCIONALES:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Es hacendoso en la escuela?  | SÍ | NO |
| 2. Se lleva bien con otros niños?   | SÍ | NO |
| 3. Subraya cualquiera de las siguientes opciones que su hijo tiene:<br>Morderse las uñas                      Chupar el dedo<br>Pesadillas                                  Mal temperamento<br>Irritable                                      Moja la cama<br>No importa                                  Celos<br>No puede formar aseo<br>Problema de hablar<br>Retención de la respiración |    |    |

#### G. PRUEBAS Y VACUNAS:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Tiene tenía el "DPT" o vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina?           | SÍ | NO |
| 2. Su última fecha de refuerzo de DPT: _____   |    |    |
| 3. Ha tenía todas las 3 dosis de polio vacuna por vía oral?                                | SÍ | NO |
| 4. Ha tenido vacunas contra el sarampión? Cuándo? _____                                    | SÍ | NO |
| 5. Ha haya tenido una prueba cutánea para la tuberculosis? Cuando fue la ultima vez? _____ | SÍ | NO |

Cualquier verificación en la columna de la derecha son investigados.