

Patient History Form - 6 year and Up

Patient Name _____ DOB _____

Sex M F History given by _____ Date _____

Patient Information:

Are immunizations up to date? Yes or No

Acute Illness / Chronic Illness / Medical Issues / Mental Health Issues:

List all past and present diagnoses

Hospitalizations or ER Visits: List any that have occurred since the last well check

Surgeries: List any that have occurred since the last well check

Allergies: _____

Medications: name, dose, what is it given for?

Social History:

Who does the patient live with?

If biological parents are separated or don't live in the same home as the patient, how often does the child visit the other home?

Does your child have any pets in or outside of the home? Yes No

If yes, list pets: _____

Does anyone in the household smoke or vape? _____

Any recent travel since the last well check? Yes No Where? _____

Family History - Please provide information for patient's parents, siblings and grandparents:

Heart Problems/ Heart Attack	Y	N	Migraines/Headaches	Y	N	Allergies	Y	N
High Cholesterol	Y	N	ADHD/ADD	Y	N	Eczema	Y	N
High Blood Pressure	Y	N	Diabetes	Y	N	Depression or Anxiety	Y	N
Asthma	Y	N	Thyroid Problems	Y	N	Obesity	Y	N
Stomach Problems	Y	N	Bleeding or Clotting Problems	Y	N	Alcoholism	Y	N
Kidney/Bladder Problems	Y	N	Anemia	Y	N	Drug Abuse	Y	N
Seizures	Y	N	Arthritis	Y	N	Cancer	Y	N

Reporte de Historia Medica - De Seis Años y Mayor

Nombre De Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____

Sexo _____ Historia Dada Por _____ Fecha _____

Informacion Del Paciente:

Las vacunas estan todas corrientes? Si No

Enfermedad Grave / Enfermedad Crónica / Problemas Médicos o Mental: pasado o presente

Hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias: desde el último examen anual

Cualquier cirugía desde el último examen anual:

Alergias: _____

Medicamentos: Nombre, dosis, y la indicacion

Historia Social:

¿Con quién vive el paciente?

Si los padres biológicos están separados o no viven en el mismo hogar que el paciente,
¿con qué frecuencia visita el niño el otro hogar?

¿Hay mascotas dentro o fuera del hogar? Si No
si es así, liste mascotas: _____

¿Alguien en tu casa fuma o vape? _____

Recientemente viajado: Si No ¿dónde? _____

Historia Familiar - Por favor, proporcione información para los padres, hermanos y abuelos del paciente

Problemas del corazón	Si	No	Migrañas o dolores de cabeza	Si	No	Alergias	Si	No
Colesterol alto	Si	No	Problemas de atención	Si	No	Eczema	Si	No
Alta presión sanguínea	Si	No	Diabetes	Si	No	Depresión o ansiedad	Si	No
Asma	Si	No	Problemas tiroideos	Si	No	Obesidad	Si	No
Problemas estomacales	Si	No	Problemas de hemorragia o coagulación	Si	No	Alcoholismo	Si	No
Problemas de riñón o vejiga	Si	No	Anemia	Si	No	Abuso de drogas	Si	No
Convulsiones	Si	No	Artritis	Si	No	Cáncer	Si	No