

Child/Family Profile

Date _____

Child's Name _____ Age: _____ Birth Date: _____
 Mother's Name _____ Age: _____ Occupation: _____
 Father's Name _____ Age: _____ Occupation: _____

Marital status of child's parents: Single Married Separated Divorced Widowed

With whom does child currently reside? _____
 Others currently living in the home: _____

Name _____	Age: _____	Relationship _____	Involved in care of child	yes	no
_____	_____	_____		yes	no
_____	_____	_____		yes	no
_____	_____	_____		yes	no

Who else helps care for the child?
 Name _____ Age: _____ Relationship _____

	Yes	No
Is child adopted?	()	()
Is child a foster child?	()	()

Pregnancy/Birth History

While Pregnant, did mother...		(If yes, please explain)
Have any problems?	() ()	_____
Take any medications?	() ()	_____
Use tobacco, alcohol, or recreational drugs?	() ()	_____
Were there any problems during labor or delivery?	() ()	_____
Was baby breech?	() ()	_____
Did the baby have any problems following delivery?	() ()	_____
Was the baby premature? If so, how many weeks early?	() ()	_____
Birth weight: _____		

Family History:

Is there a history of any of the following in the family?	Yes	No	Who?
Childhood diabetes	()	()	_____
Heart disease, heart attack, stroke before age 50	()	()	_____
High blood pressure	()	()	_____
High Cholesterol	()	()	_____
Tuberculosis	()	()	_____
Cancer, please specify _____	()	()	_____
Immune Deficiency	()	()	_____
Asthma/allergy	()	()	_____
Epilepsy/seizures	()	()	_____
Deafness	()	()	_____
Sudden death	()	()	_____
Suicide	()	()	_____
Alcoholism	()	()	_____
Drug Dependence	()	()	_____
Depression	()	()	_____
Tobacco use	()	()	_____
Mental health problems, please specify _____	()	()	_____
School/learning problems	()	()	_____
Behavior problems	()	()	_____
Abuse/violence	()	()	_____
Any other problems we should be aware of in parents or siblings?			_____

Descripción del Niño(a)/Familia

Fecha _____

Nombre del Niño(a) _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de la Mama _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 Nombre del Papa _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Estatus Matrimonial de los padres del niño(a): Solteros Casados Separados Divorciados Viudo/Viuda

¿Actualmente con quien vive el niño(a)? _____

¿Qué otras personas viven actualmente en la casa?:

Nombre	Edad:	Relación	Involucrado en el cuidado del niño/niña	si	no
_____	_____	_____	_____	si	no
_____	_____	_____	_____	si	no
_____	_____	_____	_____	si	no
_____	_____	_____	_____	si	no

¿Que otra persona ayuda con el cuidado del niño(a)?

Nombre _____ Edad: _____ Relación _____

	Si	No
¿El niño(a) es adoptado?	()	()
¿El niño(a) es acogido temporalmente por una familia?	()	()

Embarazo/Historial del Parto (Si su respuesta es afirmativa, favor de explicar)

Durante su embarazo, la mama....

¿Tuvo algún problema?	()	()	_____
¿Tomó algún medicamento?	()	()	_____
¿Usó tabaco, alcohol, o drogas recreativas?	()	()	_____
¿Hubo algún problema durante el parto o nacimiento?	()	()	_____
¿Estaba el bebe en presentación pélvica?	()	()	_____
¿Tuvo el bebe algún problema después de nacimiento?	()	()	_____
¿El bebe fue prematuro? Si si, ¿Cuántas semanas prematuro?	()	()	_____

Peso al nacer: _____

Historial Familiar:

¿Algún miembro de la familia tiene un historial con cualquiera de los siguientes?	Si	No	¿Quien?
Diabetes Juvenil	()	()	_____
Enfermedad Cardiaca, ataque cardiaco antes de los 50	()	()	_____
Presión sanguínea alta	()	()	_____
Colesterol alto	()	()	_____
Tuberculosis	()	()	_____
Cáncer, especifique _____	()	()	_____
Deficiencia Inmunológica	()	()	_____
Asma/alergias	()	()	_____
Epilepsia/convulsión	()	()	_____
Sordera	()	()	_____
Muerte repentina	()	()	_____
Suicidio	()	()	_____
Alcoholismo	()	()	_____
Dependencia de drogas	()	()	_____
Depresión	()	()	_____
Uso de tabaco	()	()	_____
Otros problemas de salud mental, especifique _____	()	()	_____
Escuela/problemas de aprendizaje	()	()	_____
Problemas de conducta	()	()	_____
Abuso/violencia	()	()	_____

¿Algún otro problema que debemos saber sobre los padres o hermanos (as)? _____

**Skagit Pediatrics, LLP *2101 Little Mountain Ln* Mount Vernon, WA 98274
 (360) 428-2622* Fax (360) 428-3941**