

Child/Family Profile

Today's Date: _____

Child's Name _____ Date of Birth: _____

Mother's Name _____ Age: _____ Occupation: _____

Father's Name _____ Age: _____ Occupation: _____

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

With whom does the child currently reside? _____

Who is filling out this form? Mother Father Self Other (name and relation to child): _____

Who helps care for the child? (name and relation) _____

Is the child in foster care? yes no

Is the child adopted? yes no

PREGNANCY & BIRTH:

Were there any medical problems during **pregnancy**? Yes No If yes, please explain: _____

Were there any problems during labor and **delivery**? Yes No If yes, please explain: _____

Were there any problems after birth? Such as needing oxygen, trouble breathing, jaundice (yellowness), etc.

Yes No If yes, please explain: _____

Was your child born prematurely? Yes No If yes, how early: _____

Method of Delivery: Vaginal C-section

Birth Weight: ____ lbs. ____ oz.

Where was the patient born? _____

FAMILY HISTORY:

Please check the box next to any known diseases in the child's biological family.

If yes, please specify which family member(s) (ex: mother, father, sibling, aunt, cousin) and any other details

Birth Defects _____

Heart attack or stroke before age 50 _____

Sudden death before age 50 _____

Cardiac arrhythmia (A fib, WPW) _____

High blood pressure _____

High Cholesterol _____

Type 1 Diabetes (childhood diabetes) _____

Type 2 Diabetes (adult onset) _____

Thyroid disease _____

Asthma _____

Allergy, please specify _____

Lung disease _____

Tuberculosis _____

Sleep apnea _____

Anemia _____

Bleeding disorders _____

Deafness _____

Vision problems _____

Autoimmune disease _____

Arthritis/Rheumatic disorders _____

Epilepsy/Seizures _____

Neurologic disorders _____

Kidney disorder _____

Liver disease _____

Cancer, specify type _____

Osteoporosis _____

Gynecological (female) disorders _____

Alcohol abuse / Drug Dependence _____

Tobacco use _____

ADD/ADHD _____

Depression _____

Anxiety _____

Suicide _____

Learning disabilities _____

Autism _____

Bipolar / Schizophrenia _____

Other mental health concerns (specify) _____

Abuse/Trauma _____

Any other problems we should be aware of in parents or siblings? _____

Perfil del niño/familia

Nombre del niño _____ Fecha de hoy: _____
Nombre de la madre _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del padre _____ Edad: _____ Ocupación: _____
Estado civil de los padres del niño: Casado Soltero Convivencia Separado Divorciado Viudo
¿Con quién reside actualmente el niño? _____
¿Quién está llenando este formulario? Madre Padre Yo Otro (nombre y relación con el niño): _____
¿Quién ayuda a cuidar al niño? (nombre y relación) _____
¿Está el niño en cuidado de crianza? Sí No
¿El niño es adoptado? Sí No

EMBARAZO Y PARTO:

¿Hubo algún problema médico durante el embarazo? Sí No En caso afirmativo, explique: _____
¿Hubo algún problema durante el trabajo de parto y el parto? Sí No En caso afirmativo, explique: _____
¿Hubo algún problema después del nacimiento? Como necesidad de oxígeno, dificultad para respirar, ictericia (color amarillento), etc. Sí No En caso afirmativo, explique: _____
¿Tu hijo nació prematuro? Sí No En caso afirmativo, qué tan temprano: _____
Método de parto: Vaginal Cesárea
Peso al nacer: _____ libras _____ onz.
¿Dónde nació el paciente? _____

HISTORIA FAMILIAR:

Marque la casilla junto a cualquier enfermedad conocida en la familia biológica del niño.
En caso afirmativo, especifique qué miembro (s) de la familia (por ejemplo, madre, padre, hermano, tía, primo) y cualquier otro detalle

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular antes de los 50 años _____ | <input type="checkbox"/> Artritis/trastornos reumáticos _____ |
| <input type="checkbox"/> Muerte súbita antes de los 50 años _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca (fibrilación auricular, WPW) _____ | <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno renal _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 (diabetes infantil) _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer, especificar tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 (aparición en adultos) _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides _____ | <input type="checkbox"/> Trastornos ginecológicos (femeninos) _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol / Dependencia de drogas _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergia, especifique _____ | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar _____ | <input type="checkbox"/> TDA/TDAH _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ | <input type="checkbox"/> Depresión _____ |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño _____ | <input type="checkbox"/> Ansiedad _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Suicidio _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje _____ |
| <input type="checkbox"/> Sordera _____ | <input type="checkbox"/> Autismo _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión _____ | <input type="checkbox"/> Bipolar / Esquizofrenia _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud mental (especifique) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Abuso/Trauma _____ |

¿Algún otro problema que debamos tener en cuenta en los padres o hermanos? _____