FAMILY CARE HEALTH CENTERS

PEDIATRIC PATIENT HISTORY FORM

Name: _____
Last First Middle

Date: _____ Date of Birth: _____

Who is your doctor? _____
When were you last seen by your previous doctor? _____

MEDICAL
MEDICAL Hx

- ☐ Y ☐ N ALLERGIES
- ☐ Y ☐ N Allergic Rhinitis
- ☐ Y ☐ N CANCER
- ☐ Y ☐ N CARDIOVASCULAR
- ☐ Y ☐ N Murmur
- ☐ Y ☐ N Congenital
- ☐ Y ☐ N Cholesterol
- ☐ Y ☐ N Fainting (Syncope)
- ☐ Y ☐ N DERMATOLOGY
- ☐ Y ☐ N Eczema
- ☐ Y ☐ N ENDOCRINE
- ☐ Y ☐ N Diabetes Type I
- ☐ Y ☐ N Diabetes Type II
- ☐ Y ☐ N Thyroid Disorders
- ☐ Y ☐ N ENT
- ☐ Y ☐ N Recurrent Acute Otitis Media
- ☐ Y ☐ N Sinusitis
- ☐ Y ☐ N Hearing Loss
- ☐ Y ☐ N EYE
- ☐ Y ☐ N Degree of Visual Impairment
- ☐ Y ☐ N GENETIC HISTORY
- ☐ Y ☐ N GASTROINTESTINAL
- ☐ Y ☐ N GERD
- ☐ Y ☐ N Constipation
- ☐ Y ☐ N GYNECOLOGIC
- ☐ Y ☐ N HEMATOLOGIC
- ☐ Y ☐ N Anemia
- ☐ Y ☐ N Bleeding Disorders
- ☐ Y ☐ N Blood Transfusion
- ☐ Y ☐ N Sickle Cell Trait
- ☐ Y ☐ N IMMUNOLOGIC
- ☐ Y ☐ N INFECTIOUS DISEASE VIRAL
- ☐ Y ☐ N Hepatitis
- ☐ Y ☐ N HIV
- ☐ Y ☐ N Varicella
- ☐ Y ☐ N INFECTIOUS DISEASE BACTERIAL
- ☐ Y ☐ N Methicillin-resistant Staph
- ☐ Y ☐ N Tuberculosis
- ☐ Y ☐ N NEUROLOGIC
- ☐ Y ☐ N Headaches
- ☐ Y ☐ N Febrile Seizure
- ☐ Y ☐ N Epilepsy
- ☐ Y ☐ N Developmental Delay
- ☐ Y ☐ N ORTHOPEDIC
- ☐ Y ☐ N Fracture
- ☐ Y ☐ N PSYCHIATRIC
- ☐ Y ☐ N ADD/ADHD
- ☐ Y ☐ N Depression
- ☐ Y ☐ N RENAL
- ☐ Y ☐ N UTI
- ☐ Y ☐ N RESPIRATORY
- ☐ Y ☐ N Asthma
- ☐ Y ☐ N Pneumonia
- ☐ Y ☐ N RHEUMATOLOGIC
- ☐ Y ☐ N UROLOGIC
- ☐ Y ☐ N VU REFLUX

Free Text
☐ Y Other PMH

SURGICAL
SURGICAL Hx

- ☐ Y ☐ N Previous Surgery
- ☐ Y ☐ N Head & Skull Surgery
- ☐ Y ☐ N Eye Surgery
- ☐ Y ☐ N Nasolacimal Duct Probe
- ☐ Y ☐ N Strabismus Correction
- ☐ Y ☐ N Otolaryngologic Surgery
- ☐ Y ☐ N Ear Surgery
  - ☐ Y Myringotomy Tubes
- ☐ Y ☐ N Adenoidectomy
- ☐ Y ☐ N Tonsillectomy
- ☐ Y ☐ N Oral Surgery
- ☐ Y ☐ N NeckSurgery
- ☐ Y ☐ N Cardiothoracic Surgery
- ☐ Y ☐ N Heart Surgery
- ☐ Y ☐ N Lung Surgery
- ☐ Y ☐ N Gastrointestinal Surgery
- ☐ Y ☐ N Abdominal Surgery
- ☐ Y ☐ N Appendectomy
  - ☐ Y Ruptured
- ☐ Y ☐ N Inguinal Hernia Repair
- ☐ Y ☐ N Kidney Surgery
- ☐ Y ☐ N Urologic Surgery
- ☐ Y ☐ N Circumcision
- ☐ Y ☐ N Testis Surgery
- ☐ Y ☐ N Orthopedic Surgery
- ☐ Y ☐ N Knee Surgery
- ☐ Y ☐ N Hip Surgery
- ☐ Y ☐ N Neurological Surgery
- ☐ Y ☐ N Dermatological Surgery

Free Text
☐ Y Other PMSH

FH

FAMILY MEDICAL HISTORY

☐ Y	☐ N	Family History Unchanged	☐ Y	☐ N	Cimbosis
☐ Y	☐ N	Family Health Status	☐ Y	☐ N	Ulcerative colitis
☐ Y	☐ N	Heart disease	☐ Y	☐ N	Crohn's disease
☐ Y	☐ N	Hypertension	☐ Y	☐ N	Bleeding/clotting disorder
☐ Y	☐ N	High cholesterol	☐ Y	☐ N	Immunodeficiency disorder
☐ Y	☐ N	Diabetes	☐ Y	☐ N	HIC Infection
☐ Y	☐ N	Cancer	☐ Y	☐ N	Arthritis
☐ Y	☐ N	Thyroid disorder	☐ Y	☐ N	Seizure disorder
☐ Y	☐ N	Kidney disease	☐ Y	☐ N	Stroke
☐ Y	☐ N	Asthma	☐ Y	☐ N	Neurologic disorders
☐ Y	☐ N	Emphysema	☐ Y	☐ N	Psychiatric
☐ Y	☐ N	Cystic Fibrosis	☐ Y	☐ N	ADD
☐ Y	☐ N	Tuberculosis	☐ Y	☐ N	Birth defects
☐ Y	☐ N	Hepatitis			

Free Text

☐ Y Family History (Free Test)

SOCIAL HISTORY

SOCIAL BACKGROUND

Lives with

☐ Y	Parents – Married				
☐ Y	Mother	☐ Y	Father	☐ Y	Grandparent(s) in the home
☐ Y	Separated	☐ Y	Separated	☐ Y	Grandparent(s) as Guardian
☐ Y	Divorced	☐ Y	Divorced	☐ Y	Other Relative in the Home
☐ Y	Joint Custody	☐ Y	Joint Custody	☐ Y	Other Relative as Guardian
☐ Y	Sole Custody	☐ Y	Sole Custody		
☐ Y	w/Stepfather	☐ Y	w/Stepmother		
☐ Y	w/Stepbrother	☐ Y	w/Stepbrother		
☐ Y	w/Stepsister	☐ Y	w/Stepsister		

HOME

Lives in

☐ Y	House
☐ Y	Apartment

OCCUPATION

☐ Y	Father
☐ Y	Mother
☐ Y	Patient

ETHNIC BACKGROUND

Cultural Background				Native Language	
☐ Y	Caucasian	☐ Y	Christian	☐ Y	English
☐ Y	Hispanic	☐ Y	Jewish	☐ Y	Spanish
☐ Y	African American	☐ Y	Muslim	☐ Y	Chinese
☐ Y	Asian	☐ Y	Other	☐ Y	Hindi
☐ Y	American Indian	☐ Y		☐ Y	Polish
				☐ Y ☐ N	Difficulty w/English

PETS

☐ Y ☐ N	Pets in Home	
☐ Y	Dog	
☐ Y	Cat	
☐ Y	Bird	
☐ Y	Fish	
☐ Y	Lizard/Turtle	
☐ Y	Other Pet	

SMOKING EXPOSURE

☐ Y	Father	☐ Y	Maternal Grandfather
☐ Y	Mother	☐ Y	Maternal Grandmother
☐ Y	Brother	☐ Y	Paternal Grandfather
☐ Y	Sister	☐ Y	Paternal Grandmother
☐ Y ☐ N	Exposure to second hand smoke		

SOCIAL HISTORY

☐ Y ☐ N	Social History Unchanged	
☐ Y ☐ N	Alcohol Use	
☐ Y ☐ N	Smoking	
☐ Y ☐ N	Caffeine Use	
☐ Y ☐ N	Drug Use	
☐ Y ☐ N	Exercise Habits	
☐ Y ☐ N	Sexually Active	
☐ Y ☐ N	Contraception (current)	

Free Text

☐ Y Social History

☐ Y Family History