

The Family Health Center



Ear, Nose, Throat and Allergy

Julie Munson DO, FAOCO
Tiana Stebens Bishop, PA-C
Ginnie Rincones, APRN

Child's Name: _____ **DOB** _____

Provider who referred your child: _____

Who is your child's primary care provider? _____

What town does your child live in? _____

Why is your child being seen today?: _____

What pharmacy do you prefer to use? _____

Past Medical History (circle):

Prematurity/complications at birth Asthma Allergies RSV Pneumonia Heart disease

Autism Speech delay Hearing loss Tonsillitis Ear infections GI disease Accidents

Head/neck/facial trauma genetic anomalies/Down's Syndrome Reactive Airway cleft palate

Other: _____

Past Surgical History (circle ALL that apply):

None Tonsils/Adenoids Ears Dental Circumcision Fractures

Other: _____

Hospitalizations: (with dates if known)

Food/Medication Allergies:

Current Medications (prescription and OTC):

Social History:

Did your child pass the hearing test at birth? YES/NO

Who lives in the home with your child? _____

Does your child go to daycare? YES/NO School? YES/NO Grade: _____

Are your child's immunizations up to date? YES/NO

Does anyone in the family, home or daycare smoke? Yes/No

Family History:

Mother (age/health): _____

Father (age/health): _____

Siblings (health): _____

Is your child adopted? YES/NO

Has your child experienced in the last 2 weeks? (circle All that apply)

hearing loss earache ear drainage asthma fever cough sore throat

nosebleeds nasal congestion nasal drainage allergies rash difficulty swallowing

speech problems

Other: _____

El Centro de Salud Familiar



En oído, nariz, garganta y alergias

**Julie Munson, FAOCO
Tiana Stebens Bishop, PA-C
Ginnie Rincones, APRN**

Nombre del niño/a: _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Proveedor quien refirió a su niño/a: _____

Quién es su pediatra? _____

En qué ciudad vive su hijo/a? _____

Cual es la razon de su visita hoy?: _____

Qué farmacia prefiere utilizar? _____

Antecedentes médicos (círculo):

La prematuridad/complicaciones al nacer El asma Las alergias La RSV Neumonía
Enfermedad del corazón

El autismo Retraso en el habla pérdida auditiva amigdalitis infecciones de oído Accidentes de enfermedad
GI

Cabeza/Cuello/trauma facial Anomalías genéticas/Síndrome de Down Las vías respiratorias reactivas
Paladar hendido

Otros: _____

Pasado Historia quirúrgica (círculo todas las que correspondan):

Ninguno Las amígdalas o adenoides orejas Odontología La circuncisión
Fracturas

Otros: _____

Hospitalizaciones: (si se conoce) con fechas

Alergias a medicamentos y alimentos:

Medicamentos con o sin receta (OTC):

La historia social:

¿Su niño paso la prueba de audición al nacer? Sí/No

Quien vive en la casa con su hijo/a? _____

¿Asiste a una guardería su hijo/a? Sí/No La escuela? Sí/No grado: _____

Estan las vacunas de su hijo/a al corriente Sí/No

¿Alguien en la familia, el hogar o la guardería fuma? Sí/No

La historia de la familia:

Madre (edad/salud): _____

Padre (edad/salud): _____

Hermanos (salud): _____

Es su hijo/a adoptado? Sí/No

Su hijo/a ha experimentado en las últimas 2 semanas? (Marque todas las que correspondan)

La pérdida de audición Drenaje del oído dolor de oído asma Fiebre tos dolor de garganta

Las hemorragias nasales El drenaje nasal congestión nasal alergias sarpullido dificultad al pasar saliva/comida Los problemas del habla

Otros: _____