Kearny County Hospital

www.KearnyCountyHospital.com

Kearny County Hospital
500 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7111 (p) | 620-355-8627 (f)

Family Health Center - Lakin
506 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7550 (p) | 620-355-8626 (f)

Long Term Care & Assisted Living
607 Court Place
Lakin, KS 67860
620-355-7836 (p) | 620-355-8645 (f)

Ear, Nose, Throat, and Allergy Clinic

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Provider Who Referred Your Child: _____

Who is your child's Primary Care Provider? _____

In what town does your child live? _____

Why are we seeing your child today? _____

What pharmacy do you prefer to use? _____

Past Medical History (Please Circle ALL That Apply):

Prematurity/Complications at Birth Asthma Allergies RSV Pneumonia Heart Disease

Autism Speech Delay Hearing Loss Tonsillitis Ear Infections GI Disease Cleft Palate

Accidents Head/Neck/Facial Trauma Genetic Anomalies/Down's Syndrome Reactive Airway

Other: _____

Past Surgical History (Please Circle ALL That Apply):

None Tonsils/Adenoids Ears Dental Circumcision Fractures

Other: _____

Hospitalizations (Please Include Dates, if Known):

_____

Food/Medication Allergies:

_____

Current Medications (Prescription and Over-the-Counter):

_____

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 Does your child go to 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):

_____

Sibling(s) (health):

_____

Is your child adopted? YES NO

Has your child experienced any of the following in the last 2 weeks? (Please Circle ALL That Apply):

Hearing Loss Earache Ear Drainage Asthma Cough Sore Throat

Nosebleeds Nasal Congestion Nasal Drainage Allergies Rash Fever

Speech Problems Difficulty Swallowing

Other:

_____

Kearny County Hospital

www.KearnyCountyHospital.com

Kearny County Hospital
500 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7111 (p) | 620-355-8627 (f)

Family Health Center - Lakin
506 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7550 (p) | 620-355-8626 (f)

Long Term Care & Assisted Living
607 Court Place
Lakin, KS 67860
620-355-7836 (p) | 620-355-8645 (f)

Ear, Nose, Throat, and Allergy Clinic

El nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Proveedor que refirió a su hijo: _____

¿Quién es el proveedor de atención primaria de su hijo? _____

¿En qué pueblo vive su hijo? _____

¿Por qué estamos viendo a tu hijo hoy? _____

¿Qué farmacia prefieres usar? _____

Historial médico anterior (marque con un círculo TODOS los que correspondan):

Prematuridad/complicaciones al nacer Asma Alergias RSV Neumonía Cardiopatía Autismo

Retraso del habla Pérdida de la audición Amigdalitis Infecciones de oído Accidentes

Enfermedad gastrointestinal paladar hendido Traumatismo de cabeza/cuello/facial

Anomalías genéticas/Síndrome de Down Vía aérea reactiva

Otro: _____

Historial quirúrgico pasado (marque con un círculo TODO lo que corresponda):

Ninguno Amígdalas/Adenoides Orejas Dental Circuncisión Fracturas

Otro: _____

Hospitalizaciones (incluya fechas, si las conoce):

_____

Alergias a alimentos/medicamentos:

_____

Medicamentos actuales (recetados y de venta libre):

_____

Historia social:

¿Su hijo pasó la prueba de audición al nacer? SÍ NO

¿Quien vive en el hogar con su hijo? _____

¿Tu hijo va a la guardería? SÍ NO ¿Tu hijo va a la escuela?SÍ NO Calificación: _____

¿Están actualizadas las vacunas de su hijo? SÍ NO

¿Alguien en la familia, el hogar o la guardería fuma? SÍ NO

Historia familiar:

Madre (edad/salud):

_____

Padre (edad/salud):

_____

Hermano (s) (salud):

_____

¿Su hijo es adoptado? SÍ NO

¿Su hijo ha experimentado alguno de los siguientes en las últimas 2 semanas? (Por favor circule TODO lo que corresponda):

Pérdida de la audición Dolor de oidos Drenaje del oído Asma Fiebre Tos

Dolor de garganta hemorragias nasales Congestión nasal Drenaje nasal Alergias

Erupción Problemas del habla Dificultad para Tragar

Otro:

_____

_ _ _
_