

**NC Child Health Program Initial History Questionnaire** (created 7/1/2012)

Patient Name:		Date of Birth:	Sex: (Circle) Male    Female																																																																																																																																																																																																																	
Person Who Filled Out Form:		Date Filled Out:	Relationship to Patient:																																																																																																																																																																																																																	
<b>PREGNANCY AND BIRTH HISTORY</b>			<b>HOUSEHOLD</b>																																																																																																																																																																																																																	
Is the child adopted? No    Yes Birth Weight: _____ pounds _____ ounces Was baby born on time? No    Yes _____ weeks Was the birth    Vaginal    C-Section    If C-Section, Why? _____ <hr/> Were there any problems during the pregnancy or at birth? No    Yes    If yes, explain: _____ <hr/> During pregnancy did mom: Use tobacco? No    Yes    Drink alcohol? No    Yes Use drugs or other medications? No    Yes    What: _____ Use prenatal vitamins? No    Yes    When: _____ Did baby have problems or need to stay in a NICU? No    Yes    If yes, explain: _____ The initial feeding for the baby was:    Formula    Breast milk How long did the baby breastfeed? _____ Did the baby go home with mom? No    Yes If no, explain: _____			List names, relationships to child, and ages of all people living with the child: _____ _____ _____ <hr/> Are there siblings not listed? If so, list names, ages and where they live: _____ _____ <hr/> What is your child's living situation? Joint custody    Single custody    Foster care <hr/> If one or both parents are not living in the home, how often does the child see the parent not in the home? _____ <hr/> Tobacco use in family? No    Yes    Who?: _____																																																																																																																																																																																																																	
<b>CHILD'S HEALTH HISTORY</b>			<b>BIOLOGICAL FAMILY HEALTH HISTORY</b>																																																																																																																																																																																																																	
Has the child ever had:  <table style="width:100%; border:none;"> <tr><td>Hospitalizations</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Serious Injuries/Broken Bones</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Surgeries</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Allergies To Medications/Other:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Chicken Pox (Year) _____</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Frequent Ear Infections</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Vision/Hearing Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Nasal Allergies</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Asthma /Lung Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Tuberculosis(TB)/Risks for TB</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Any Heart Problems/Murmur</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Anemia/Sickle Cell</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Bleeding Problems/Transfusion</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Immune Problems/HIV</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Cancer</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Stomach Aches/Constipation</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Bladder Infections/Kidney Disease</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Birth Defects</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Metabolic/Genetic Conditions</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Sleep/Snoring/Bed Wetting Issues</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Chronic Skin Problems/Eczema</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Frequent Headaches</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Seizures/Neurological Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Obesity</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Thyroid/Endocrine Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>High Blood Pressure</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Alcohol/Drug Use/Tobacco</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>ADHD/Anxiety/Mood/Depression</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Developmental Delay/Disability</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Dental Decay/Cavities</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>History of Family Violence/Abuse</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Sexual Infections/Pregnancy</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Elevated Lead Level</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Other: _____</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> </table>			Hospitalizations	No	Yes	Serious Injuries/Broken Bones	No	Yes	Surgeries	No	Yes	Allergies To Medications/Other:			_____	No	Yes	Chicken Pox (Year) _____	No	Yes	Frequent Ear Infections	No	Yes	Vision/Hearing Problems	No	Yes	Nasal Allergies	No	Yes	Asthma /Lung Problems	No	Yes	Tuberculosis(TB)/Risks for TB	No	Yes	Any Heart Problems/Murmur	No	Yes	Anemia/Sickle Cell	No	Yes	Bleeding Problems/Transfusion	No	Yes	Immune Problems/HIV	No	Yes	Cancer	No	Yes	Stomach Aches/Constipation	No	Yes	Bladder Infections/Kidney Disease	No	Yes	Birth Defects	No	Yes	Metabolic/Genetic Conditions	No	Yes	Sleep/Snoring/Bed Wetting Issues	No	Yes	Chronic Skin Problems/Eczema	No	Yes	Frequent Headaches	No	Yes	Seizures/Neurological Problems	No	Yes	Obesity	No	Yes	Diabetes	No	Yes	Thyroid/Endocrine Problems	No	Yes	High Blood Pressure	No	Yes	Alcohol/Drug Use/Tobacco	No	Yes	ADHD/Anxiety/Mood/Depression	No	Yes	Developmental Delay/Disability	No	Yes	Dental Decay/Cavities	No	Yes	History of Family Violence/Abuse	No	Yes	Sexual Infections/Pregnancy	No	Yes	Elevated Lead Level	No	Yes	Other: _____	No	Yes	Has anyone in the family of the child (parents, grandparents, sisters/brothers) had:  <table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr><th></th><th>No</th><th>Yes</th><th>Who?</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Childhood Hearing Loss</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Nasal Allergies</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Asthma</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Tuberculosis (TB)/Risks for Tuberculosis</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Lung Problems</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Heart Disease</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>High Blood Pressure/Stroke</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>High Cholesterol/Takes Cholesterol Medication</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Anemia/Sickle Cell</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Bleeding Problems</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Dental Decay (cavities)</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Cancer</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Liver Disease/Hepatitis</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Kidney Disease</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes (high blood sugar)</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Obesity</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Seizures/Epilepsy</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Alcohol Abuse</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Drug Abuse</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Mental Illness/Depression</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Development Delay/Disability</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Immune Problems/HIV/AIDS</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Other Family History:</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>			No	Yes	Who?	Childhood Hearing Loss	No	Yes	_____	Nasal Allergies	No	Yes	_____	Asthma	No	Yes	_____	Tuberculosis (TB)/Risks for Tuberculosis	No	Yes	_____	Lung Problems	No	Yes	_____	Heart Disease	No	Yes	_____	High Blood Pressure/Stroke	No	Yes	_____	High Cholesterol/Takes Cholesterol Medication	No	Yes	_____	Anemia/Sickle Cell	No	Yes	_____	Bleeding Problems	No	Yes	_____	Dental Decay (cavities)	No	Yes	_____	Cancer	No	Yes	_____	Liver Disease/Hepatitis	No	Yes	_____	Kidney Disease	No	Yes	_____	Diabetes (high blood sugar)	No	Yes	_____	Obesity	No	Yes	_____	Seizures/Epilepsy	No	Yes	_____	Alcohol Abuse	No	Yes	_____	Drug Abuse	No	Yes	_____	Mental Illness/Depression	No	Yes	_____	Development Delay/Disability	No	Yes	_____	Immune Problems/HIV/AIDS	No	Yes	_____	Other Family History:	No	Yes	_____	_____	No	Yes	_____
Hospitalizations	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Serious Injuries/Broken Bones	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Surgeries	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Allergies To Medications/Other:																																																																																																																																																																																																																				
_____	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Chicken Pox (Year) _____	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Frequent Ear Infections	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Vision/Hearing Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Nasal Allergies	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Asthma /Lung Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Tuberculosis(TB)/Risks for TB	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Any Heart Problems/Murmur	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Anemia/Sickle Cell	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Bleeding Problems/Transfusion	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Immune Problems/HIV	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Cancer	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Stomach Aches/Constipation	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Bladder Infections/Kidney Disease	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Birth Defects	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Metabolic/Genetic Conditions	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Sleep/Snoring/Bed Wetting Issues	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Chronic Skin Problems/Eczema	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Frequent Headaches	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Seizures/Neurological Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Obesity	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Diabetes	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Thyroid/Endocrine Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
High Blood Pressure	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Alcohol/Drug Use/Tobacco	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
ADHD/Anxiety/Mood/Depression	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Developmental Delay/Disability	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Dental Decay/Cavities	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
History of Family Violence/Abuse	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Sexual Infections/Pregnancy	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Elevated Lead Level	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
Other: _____	No	Yes																																																																																																																																																																																																																		
	No	Yes	Who?																																																																																																																																																																																																																	
Childhood Hearing Loss	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Nasal Allergies	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Asthma	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Tuberculosis (TB)/Risks for Tuberculosis	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Lung Problems	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Heart Disease	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
High Blood Pressure/Stroke	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
High Cholesterol/Takes Cholesterol Medication	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Anemia/Sickle Cell	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Bleeding Problems	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Dental Decay (cavities)	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Cancer	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Liver Disease/Hepatitis	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Kidney Disease	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Diabetes (high blood sugar)	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Obesity	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Seizures/Epilepsy	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Alcohol Abuse	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Drug Abuse	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Mental Illness/Depression	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Development Delay/Disability	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Immune Problems/HIV/AIDS	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
Other Family History:	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
_____	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																																	
			Additional Comments:																																																																																																																																																																																																																	

## NC Child Health Program - Cuestionario de Historial Medico

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M (Masculino) (circule) F (Femenino)
Persona que llenó el formulario:	Fecha Completado:	Relación con el Paciente:	
<b>HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER</b>		<b>HISTORIAL DEL HOGAR</b>	
¿Es el niño/a adoptado? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Peso al nacer: _____ libras _____ onzas ¿El bebé nació a tiempo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ semanas ¿El parto fue Vaginal? Cesárea? ¿Si tuvo cesárea, porque razón? _____ ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o al bebé nacer? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si respondió sí, explique: _____ Durante el embarazo, la mama: ¿Usó tabaco? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tomó alcohol? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Usó drogas o medicamentos? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ ¿Usó vitaminas prenatales? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ ¿Tuvo algunos problemas o necesidad de que el bebé se quedara en la unidad de cuidados intensivo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si respondió sí, explique: _____ La alimentación inicial fue: Formula <input type="checkbox"/> Leche materna <input type="checkbox"/> ¿Cuánto duró tomando el pecho?: _____ ¿Su bebé se fue del hospital a la casa junto con la madre? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si no, explique: _____		Mencione a todos los que vivan en el hogar del niño/a, y las relaciones/ el parentesco con el niño/a y sus edades. _____ _____ ¿Hay hermanos/as que no fueron mencionados? Si es así, escriba sus nombres, edades, y dónde viven : _____ _____ ¿Con quien vive el niño/a? Esta en custodia con ambos padres Esta en custodia individual con solo padre o madre Vive con una familia asignada por ley (Foster Care) Si uno o ambos padres no viven en casa, ¿con que frecuencia ve el niño/a al padre/madre que no esta en la casa? _____ ¿Usan tabaco en su familia? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Quién(es)?: _____	
<b>HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO/A</b>		<b>HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA BIOLÓGICA</b>	
Alguna vez, su niño/a ha tenido/ha sido: Hospitalizado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Algunas heridas graves/ Fracturas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alguna Cirugía <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alergias a Medicamentos/ u Otras Cosas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Médicas: _____ Varicela (año): _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Infecciones de Oídos Frecuentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas de Audición o de Visión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alergias Nasales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Asma/Enfermedad del Pulmones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Algún Problema de Corazón/ Soplo en el Corazón <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas Inmunológicos/VIH o SIDA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal Frecuente/Estreñimiento <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Recurrente Infección en las Vías Urinarias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> /Enfermedad Renal—de los Riñones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Trastornos Metabólicos/Genéticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir/Ronquido /Oribarse en la Cama <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas Crónicas de la Piel /Eczema <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Convulsiones/Otros Problemas Neurológicos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar en la sangre) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiroides/Otros Problemas Endocrino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol o Drogas/Uso de Tabaco <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Déficit de Atención/Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo/Discapacitado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caries Dentales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Historial de Violencia Familiar/Abuso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual/Embarazo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Nivel alto de plomo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Otras: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		Hay alguien en la familia del niño (padres, abuelos, hermanos/as) que hayan tenido: Perdida de la Audición en la _____ ¿Quién? Infancia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alergias nasales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad del Pulmones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea/Ataque cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Colesterol Alto/Toma Medicina para el Colesterol <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caries Dentales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado/Hepatitis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar en la sangre) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol/Drogas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental/Depresión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo/Discapacitado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas Inmunológicos /VIH o SIDA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Otro historial familiar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ Comentarios adicionales: _____ _____	