Medical City Children's Hospital
Orthopedics & Spine Specialists

New Patient History/ Historia de Nuevo Paciente

For office use only:
W:_____H:_____T:_____

Please answer all of the questions that you can. If you are unsure or something does not apply, leave it blank.
Por favor responder todas las preguntas que usted puede. Si usted no está seguro o algo no se aplica, *deja* que en blanco

Patient Information/Información para el paciente:

Name/Nombre: Gender/Género: ☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino

Date of Birth/Fecha de nacimiento: Age/Edad:

Referral/Referencia:
Who referred you to us?
¿Qué le refirió a nosotros?

Today's Visit/La visita de hoy:
What is the reason for your visit?
¿Cuál es el motivo de su visita?

Symptoms/Síntomas:

Which side is affected? ☐ Right/Derecha ☐ Left/Izquierda ☐ Both/Ambos ☐ N/A
¿De qué lado está afectado?

When did this start?
¿Cuándo empezó?

Was there a specific injury or inciting event? ☐ Yes (If yes, please describe) ☐ No
¿Hubo una lesión específica o incitar a evento? Sí (en caso afirmativo, Sírvase describir)

Severity of pain? (0 = none, 10 = worst) ___/10
Gravedad del dolor? (0 = nada, 10 = peor)

Since they started, symptoms are getting: ☐ Improving/Mejor ☐ Worsening/Peor ☐ About the same/Igual
Desde que empezaron, los síntomas están:

What makes the pain better?
¿Qué hace el dolor mejore?

What makes the pain worse?
¿Qué hace que el dolor empeore?

Prior Testing/Treatment:

Tests done? ☐ X-rays/Rayos-X ☐ MRI ☐ CT scan
¿Las pruebas hechas? ☐ Other/Otros: _____

Prior treatment? ☐ Rest/Reposo ☐ Ice/Hielo ☐ Heat/Calor
¿Tratamiento previo? ☐ Medication/Medicamento: _____
☐ Cast, splint or brace/Enyesado, férula o aparato ortopédico: _____
☐ Physical therapy/Terapia física: _____
☐ Surgery/Cirugía: _____
☐ Other/Otros: _____

Medical City Children's Hospital
Orthopedics & Spine Specialists

New Patient History/ Historia de Nuevo Paciente

Medical History/Historia Médica:
Please list medical conditions, past surgeries or hospitalizations.
Indique las condiciones medicas, cirugías o las hospitalizaciones.

Medications/Medicamentos: List all of your medications. Include vitamins, supplements, and over-the-counter medications.
Lista de todos sus medicamentos. Incluyen vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre.

Allergies/Alergias:
Any medication allergies? ☐ No ☐ Yes/Sí: _____
Alergias a cualquier medicamento?

Allergy to latex, metal, or other material? ☐ No ☐ Yes/Sí: _____
Alergia al látex, metal u otro material?

Family History/Historial Familiar:
Any family history of orthopedic conditions?
Antecedentes familiares de afecciones ortopédicas?
Scoliosis/ **Escoliosis** ☐ Yes/Sí ☐ No
Hip dysplasia/**La displasia de cadera** ☐ Yes/Sí ☐ No
Clubfoot/ **Pie Zambo** ☐ Yes/Sí ☐ No
Other/**Otro:** ☐ Yes/Sí ☐ No

Any medical conditions in the family? ☐ Yes/ Sí ☐ No
If so, please describe:
Existe alguna condición médica en la familia?:
Si es así, por favor descríbala:

Birth History:
Weeks of gestation (Full term?):
Semanas de gestación (a término?):
Delivery/**Parto:** ☐ **Vaginal** ☐ Caesarean/**Cesárea**

Birth weight/**Peso al nacer:**
Any complications/**Complicaciones?** ☐ Yes/Sí ☐ No Please describe/Por favor describir:

Developmental History/Historia del Desarrollo:

Any physical, mental, or speech handicaps? ☐ Yes/ Sí ☐ No Please describe:

Cualquier problema físico, mental o del habla?
Por favor describa:

At what age did your child:
¿A qué edad comenzó su hijo a?:
☐ Sit without support/**Sentarse sin ayuda?**
☐ Walk independently/ **Caminar independientemente?**

Menstrual History (Females only)/**Historia menstrual (sólo mujeres):**

Has your daughter had her 1st period? ☐ Yes/ Sí ☐ No
If yes, when did they 1st start?

Tu hija tuvo su primer período?
En caso afirmativo, ¿cuándo se inició?

Social History/Historia Social:

Grade level/**Nivel de Grado:** ☐ Pre-K ☐ K ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐10 ☐11 ☐ 12 ☐ College/Colegio

School Name and Location/**Nombre de la Escuela y Ubicación:**

Any alcohol, tobacco, or illegal drug use? ☐ No ☐ Yes (If yes, please describe)/ Sí (en caso afirmativo, Sírvase describir)
Cualquier uso de: alcohol, tabaco o uso de drogas ilegales?

Sports or hobbies/D**eportes o pasatiempos:**

Medical City Children's Hospital
Orthopedics & Spine Specialists

New Patient History/ Historia de Nuevo Paciente

Review of Systems/Revisión de los Sistemas:

Any of the following medical symptoms? Check all that apply, or "None" for each category.
Compruebe y marque cualquiera síntoma según corresponda, o "Ninguno" para cada categoría

Constitutional Constitucional	☐ Fevers/Chills; Fiebre/Escalofríos ☐ Fatigue/Fatiga ☐ Recent cold, flu, or other illness (within last 2 weeks)/Gripe u otra enfermedad (dentro de las 2 últimas semanas) ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Eyes Ojos	☐ Difficulty seeing/Dificultad para ver ☐ Temporary loss of vision/Perdida temporal de la visión ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Ears, Nose, and Throat Oído, Nariz y Garganta	☐ Problems with hearing/Problemas de audición ☐ Nose bleeds/Sangrado de nariz ☐ Sore throat/Dolor de garganta ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Cardiovascular Cardiovascular	☐ Chest pain/Dolor en el pecho ☐ Racing heartbeat/Aceleración del latido cardiaco ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Respiratory Respiratorio	☐ Shortness of breath/Respiración entrecortada ☐ Cough/Tos ☐ Wheezing/Jadeos ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Gastrointestinal Gastrointestinal	☐ Constipation/Estreñimiento ☐ Diarrhea/ Diarrea ☐ Frequent heartburn or indigestion/Frecuente acidez o indigestión ☐ Nausea/Vomiting; Náuseas/Vómitos ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Genitourinary Genitourinario	☐ Blood in urine/Sangre en la orina ☐ Pain with urination/Dolor al orinar ☐ Urinary frequency/urgency; Frecuencia/Urgencia urinaria ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Musculoskeletal Musculoesquelético	☐ Joint pain/Dolor articular ☐ Joint swelling/Hinchazón de las articulaciones ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Skin Piel	☐ Rashes/Erupciones en la piel ☐ Itching/Picazón ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Neurological Neurológicos	☐ Fainting/Desmayos ☐ Numbness/tingling; Entumecimiento/Hormigueo ☐ Headache/Dolor de cabeza ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Psychiatric Psiquiátricos	☐ Depressed mood/ Deprimido ☐ Anxiety/Ansiedad ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Endocrine Endocrino	☐ Recent weight change > 5 pounds/Aumento de peso > 5 libras ☐ Thyroid problems/Problemas de la tiroides ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Hematologic Hematológicos	☐ Easy bleeding/Fácil sangrado ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**
Allergic/Immunologic Alergias/inmunológicos	☐ Seasonal allergies/Alergias estacionales ☐ Frequent infections/Frecuentes infecciones ☐ Other/Otro:	☐ None/**Ninguno**

To the best of my knowledge, my answers are correct:
Mis respuestas son correctas hasta donde tengo Conocimiento:

_____ _____
Signature (Parent/Guardian) Firma del padre o tutor **Date/Fecha**

_____ _____
Signature (Provider)/ Firma del Proveedor Date/Fecha