

## Medical History (Historial médico)

**Child's Name** \_\_\_\_\_  
Nombre del niño/a

**Child's Date of Birth** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del niño/a

**SSN** \_\_\_\_\_  
Número del seguro social

		<b>Do Being Note</b>	
--	--	------------------------------	--

## Health Coverage (Aseguramiento de Salud)

**Medi-Cal?** **Child's Medi-Cal Number:** \_\_\_\_\_ **GN** \_\_\_\_\_  
NO (N) YES (S) Número de Medi-Cal del niño/a

## Insurance Information (Información del Seguro Médico)

<b>Name of Insured</b> Nombre asegurado	<b>Insurance Company</b>			



**Current Medications and Treatments (including enteral feeding)**  
**Medicamentos y tratamientos actuales (incluyendo alimentación por tubo)**

<b>Date</b> Fecha	<b>Name of medication or Treatment</b> Nombre del medicamento o tratamiento	<b>Dose</b> Cantidad	<b>Time Meds Are Due</b> Hora de administración	<b>Route (How to give)</b> Ruta de administración

**Durable Medical Equipment/Supplies (Equipos y materiales de uso)**

**Type**  
Tipo

**Provider**  
Proveedor

**Address**  
Dirección

**Telephone**  
Teléfono

**Start Date**

<b>Immunization Vacuna</b>	<b>Date Fecha</b>	<b>Date Fecha</b>	<b>Date Fecha</b>	<b>Date Fecha</b>	<b>Date Fecha</b>	<b>Reaction if any Reacción</b>
<b>Pneumococcal Conjugate</b>						
<b>Hepatitis A</b>						
<b>Influenza (Flu)</b>						
<b>Pneumococcal Polysaccharide</b>						
<b>Covid 19</b>						

**Last TB Test:** \_\_\_\_\_  
**Prueba de tuberculosis**

**Results** \_\_\_\_\_  
**Resultados**

**Family Medical History (Historia médica familiar)**

<b>Condition</b> Condición	<b>Name</b> Nombre	<b>Relationship</b> Relación
<b>Respiratory (lungs)</b> Respiratorio (pulmones)		
<b>Seizures</b> Convulsiones		
<b>Speech and language</b> Habla y lenguaje		
<b>Visual</b> Visión		