Health History for Children

Today's Date:_____

Child's Name:_____

DOB:_____Age:_____

Health History for Children

1. Where do you take this child for health care? _____
2. How long has it been since this child's last health-care visit? _____
3. Was this child born early (37 weeks or less)?
   ❑ Yes ❑ No
4. Has this child ever had any health problems, surgery, or serious injury?
   ❑ Yes ❑ No

   If yes, please list problems. _____

   _____
5. Is this child taking any of these?
   a. medications ❑ Yes ❑ No
   b. vitamins/minerals ❑ Yes ❑ No
   c. herbal supplements ❑ Yes ❑ No

   If yes, please list and indicate how long._____

   _____
6. How long has it been since this child's last dental visit? _____
7. Does this child have dental problems, including pain or white spots on the teeth?
   ❑ Yes ❑ No

   If yes, please list the problems. _____

   _____

8 Is this child on a special diet?
   ❑ Yes ❑ No

   If yes, please describe the diet. _____

   _____
9. Are there any foods that you limit or do not give this child?
   ❑ Yes ❑ No

   If yes, please list. _____
10. Does this child have difficulty chewing or swallowing?
    ❑ Yes ❑ No

    If yes, please list the problems. _____
11. Does anyone living in your household currently smoke inside the home?
    ❑ Yes ❑ No
12. Are you afraid someone you know may injure or harm this child?
    ❑ Yes ❑ No

National Domestic Violence Hotline 1-800-799-7233

The following will not affect your WIC eligibility or food benefits:

1. Do you have any of these?
   a. a working stove ❑ Yes ❑ No
   b. a working refrigerator ❑ Yes ❑ No
   c. running water ❑ Yes ❑ No
2. About how many hours did this child sit and watch television, videos, or DVDs yesterday?
   ❑ 2 hours or less ❑ More than 2 hours ❑ None ❑ Unknown
3. Is this child *currently* breastfed?
   ❑ Yes ❑ No
4. On a regular basis, are you ever concerned you won't be able to buy enough food to feed your family?
   ❑ Yes ❑ No

   The Texas Information and Referral network can be reached by dialing 211 or online http://www.211Texas.org.
5. List the questions you have about your child's nutrition, development, health, etc.

   _____

   _____

   _____

   _____

Staff Comments

Historia médica para niños

Fecha de hoy: _____

Nombre de niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Historia médica para niños

1. ¿Adónde lleva a este niño para su atención médica?_____

2. ¿Cuánto hace que este niño tuvo la última cita de atención médica?

   _____

3. ¿Nació antes de tiempo este niño (a las 37 semanas o menos)?
   ❑ Sí ❑ No

4. ¿Ha tenido este niño algún problema de salud, una cirugía o una lesión grave?
   ❑ Sí ❑ No

   Si contesta "Sí," favor de hacer una lista de los problemas. _____

   _____

5. ¿Toma este niño…
   a. medicamentos? ❑ Sí ❑ No
   b. vitaminas/minerales? ❑ Sí ❑ No
   c. suplementos herbales? ❑ Sí ❑ No

   Si contesta "Sí," favor haga una lista de lo que toma y por cuánto tiempo. _____

6. ¿Cuánto hace que este niño tuvo la última cita dental? _____

7. ¿Tiene este niño problemas dentales, entre ellos, dolor o manchas blancas en los dientes?
   ❑ Sí ❑ No

   Si contesta "Sí," favor de hacer una lista de los problemas. _____

   _____

8. ¿Sigue este niño una dieta especial?
   ❑ Sí ❑ No

   Si contesta "Sí," favor de describir la dieta. _____

   _____

9. ¿Hay algunos alimentos que usted no le da de comer al niño o que le da con moderación?
   ❑ Sí ❑ No

   Si contesta "Sí," favor de hacer una lista. _____

   _____

10. ¿Tiene este niño problemas para masticar o tragar?
    ❑ Sí ❑ No

    Si contesta "Sí," favor de hacer una lista de los problemas. _____

    _____

11. ¿Fuma dentro de la casa alguien que vive allí?
    ❑ Sí ❑ No

12. ¿Tiene miedo de que algún conocido lastime a este niño?
    ❑ Sí ❑ No

Línea Directa Nacional contra la Violencia Doméstica 1-800-799-7233

Lo siguiente no afectará su elegibilidad para WIC o los beneficios de comida:

1. ¿Tiene usted alguno de los siguientes?
   a. una estufa que funciona ❑ Sí ❑ No
   b. un refrigerador que funciona ❑ Sí ❑ No
   c. agua corriente ❑ Sí ❑ No

2. ¿Aproximadamente cuántas horas se sentó este niño ayer a ver television, videos o DVD?
   ❑ 2 horas o menos ❑ Más de 2 horas ❑ Ninguna ❑ No se sabe

3. ¿Amamanta a este niño *actualmente*?
   ❑ Sí ❑ No

4. ¿Frequentemente, le preocupa no poder comprar suficiente comida para alimentar a su familia?
   ❑ Sí ❑ No

   Puede comunicarse con la Red de Información y Envíos de Texas llamando al 211 o en línea en http://www.211Texas.org.

5. Escriba las preguntas que tiene acerca de la nutrición, desarollo, salud, etc. de su niño.

   _____

   _____

   _____

   _____

Staff Comments

TEXAS WIC Smart Choices • Healthy Families

© 2008 Department of State Health Services, Nutrition Services Section. All rights reserved.

TEXAS Department of State Health Services