



Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Johns Hopkins All Children's Hospital
Clinical Genetics/ Genética Clínica

New Patient Intake/ Admisión de paciente nuevo

Please complete the following questions as much as possible. Don't be concerned if you don't know some of the answers/ Complete las siguientes preguntas tanto como sea posible. No se preocupe si no sabe algunas de las respuestas.

Child's name/ El nombre del niño _____

Main reason for referral to Genetics/ Motivo principal de la referencia a Genética _____

Your main concerns/ Sus principales preocupaciones _____

Who is attending visit today?/ ¿Quién va a asistir a la consulta de hoy? _____

Who lives at home with the child?/ ¿Quién vive en el hogar con el niño? _____

■ Birth History (of the child being seen today)/ Historial de nacimiento (del niño que asistirá a la consulta de hoy)

Mother's age at delivery?/ Edad de la madre al momento del parto _____

Father's age at delivery?/ Edad del padre al momento del parto _____

Was the child born (check one)/ El niño nació (marque uno):

- Early/ Antes de tiempo On Time/ A tiempo Late/ Tarde

If early or late, how many weeks?/ Si nació antes de tiempo o tarde, ¿cuántas semanas? _____

Name of birth hospital/ Nombre del hospital donde nació _____

City/ Ciudad _____ State/ Estado _____

At birth, what was/ Al nacer, cuál era su: weight/ peso _____ length/ talla _____

head size (circumference)/ tamaño de la cabeza (circunferencia) _____

When did the baby go home from the hospital?/ ¿Cuándo el bebé regresó a casa del hospital? _____

Vaginal delivery?/ ¿Parto vaginal? Yes/ Si No Don't know/ No lo sé

Caesarian section delivery?/ ¿Parto por cesárea? Yes/ Si No

Reason/ Motivo _____

Was the baby born head first?/ ¿El bebé nació de cabeza? .. Yes/ Si No Don't know/ No lo sé

Any problems after delivery?/ ¿Hubo algún problema después del parto? Yes/ Si No

Describe/ Describa _____

Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

■ Pregnancy History/ Historial del embarazo Please give information about the mother while she was pregnant with the child being seen today/ **Brinde información sobre la madre mientras estaba embarazada del niño que asistirá a la consulta de hoy.**

Medications/ Medicamentos Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Over the counter drugs/ Medicamentos de venta libre Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Street drugs/ Drogas ilícitas Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Alcohol/beer/wine/ Alcohol/cerveza/vino Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Smoking/ Fumar Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Infections or illness/ Infecciones o enfermedades Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Fever/ Fiebre Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Bleeding/ Sangrado Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Rashes/ Erupciones cutáneas Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Herbal Medicines/ Hierbas medicinales Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

X-rays radiation/ Rayos X/radiación Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Chemicals/fumes/ Productos químicos/gases Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Gestational diabetes/ Diabetes gestacional Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Preeclampsia or PIH/ Preeclampsia o PIH Yes/ Si No

Details/ Detalles _____

Other concerns/ Otras preocupaciones Yes/ Si No

1. _____

2. _____

First movements of the baby were felt at/ Los primeros movimientos del bebé se sintieron a las:

____ weeks/ semanas ____ months (please indicate)/ meses (sírvase indicar)

Mother's total weight gain during pregnancy/
Aumento total de peso de la madre durante el embarazo _____ pounds/ libras

Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

■ **Pregnancy History** *continued*/ **Historial del embarazo** *continuación*

Testing during pregnancy of the child being seen today/ Pruebas durante el embarazo del niño que asistirá a la consulta de hoy

Ultrasound/ **Ecografía** Yes/ **Si** No Results/ **Resultados** _____

Other testing/ **Otras pruebas**

1. _____ Results/ **Resultados** _____

2. _____ Results/ **Resultados** _____

■ **Early Development/ Desarrollo Temprano**

If there are concerns regarding the child's development, how and when were they first noticed?/ **Si hay preocupaciones con respecto al desarrollo del niño, ¿cómo y cuándo se notaron los primeros indicios?**

Has your child ever lost any skills (developmental regression)?/ **¿Su niño ha perdido alguna habilidad (regresión del desarrollo)?** Yes/ **Si** No

How old was the child when he/she began/ **Qué edad tenía el niño cuando empezó a:**

First smile/ **Sonreír** _____ Walking/ **Caminar** _____

Sitting/ **Sentarse** _____ First words/ **Decir sus primeras palabras** _____

Crawling/ **Gatear** _____

Any other skills you believe the child started late?/ **¿Hay otras habilidades que cree que el niño comenzó tarde?** _____

■ **School information/ Información de la escuela**

Child's school or daycare/ **Escuela o guardería infantil del niño** _____ Grade/ **Grado** _____

Does your child attend special classes or receive special help?/

¿Su niño asiste a clases especiales o recibe ayuda especial? Yes/ **Si** No

If yes, specify/ **En caso afirmativo, especifique** _____

Are there any behavior problems?/ **¿Hay algún problema de comportamiento?** .. Yes/ **Si** No

Does the child receive/ **El niño recibe:**

Physical therapy services?/ **¿Servicios de fisioterapia?** Yes/ **Si** No

How often?/ **¿Con qué frecuencia?** _____

Occupational therapy services?/ **¿Servicios de terapia ocupacional?** Yes/ **Si** No

How often?/ **¿Con qué frecuencia?** _____

Speech therapy services?/ **¿Servicios de terapia del habla?** Yes/ **Si** No

How often?/ **¿Con qué frecuencia?** _____

Has the child ever had IQ testing, or other testing to tell if the child is behind in development?/ **¿Alguna vez el niño participó en pruebas de cociente intelectual u otras pruebas para saber si tiene un retraso en su desarrollo?** Yes/ **Si** No

When/ **Cuándo** _____ Results/ **Resultados** _____

Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

■ Past Medical History/ Historial Médico

Has your child/ Su niño:		Result or Reason/ Resultados o motivo
Had an eye examination?/ ¿Ha tenido un examen ocular?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had a hearing test?/ ¿Ha tenido una prueba de audición?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Been in the hospital overnight?/ ¿Ha permanecido en el hospital una noche?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had surgery?/ ¿Ha tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Been diagnosed with a major medical condition?/ ¿Se le ha diagnosticado una condición médica importante?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Seen specialists in the past?/ ¿Ha consultado especialistas en el pasado?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had special tests or evaluations?/ ¿Tuvo pruebas o evaluaciones especiales?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Currently taking medicines?/ ¿Actualmente está tomando medicamentos?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Been on any medicines in the past?/ ¿Ha tomado algún medicamento en el pasado?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had any problems with eating?/ ¿Ha tenido problemas con la comida?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had any problems with sleeping?/ ¿Ha tenido problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	

Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Does Child Have Any Complaints or Issues Regarding/ Su niño tiene alguna queja/problema con respecto a:		Please List/ Sírvese indicar
Eyes/ Ojos	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Ears, nose, throat, and mouth/ Orejas, nariz, garganta y boca	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Lungs/chest/ Pulmones/pecho	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Heart/ Corazón	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Digestion/ Digestión	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Genitourinary system/ Sistema genitourinario	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Muscles/ Músculos	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Skeleton/ Esqueleto	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Neurological system/ Sistema neurológico	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Skin/ Piel	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Allergies/ Alergias	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Blood conditions/sickle cell disease/ Condiciones de la sangre/anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Hormone problems or diabetes/ Problemas hormonales o diabetes	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	

Family History/ Historial Familiar

Parents of Child/ Padres del niño	Mother/ Madre	Father/ Padre
Full name/ Nombre completo		
Date of birth/ Fecha de nacimiento		
Ethnic background (e.g., German, Irish, Dutch, etc.)/ Origen étnico (p. ej., alemán, irlandés, holandés, etc.)		
Occupation/ Ocupación		
Highest grade completed/ Grado más alto completado		
Number of pregnancies/ Número de embarazos		

Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Family History continued/ Historial Familiar continuación

Are the mother and father blood relatives?/

¿La madre y el padre son parientes consanguíneos? Yes/ Si No

MOTHER'S Children/ Hijos de la madre

Child's Name/ El nombre del niño	Birth Date/ Fecha de nacimiento	Father's Name/ Nombre del padre

FATHER'S Children, if different from above/ Hijos del padre, Si es diferente de arriba

Child's Name/ El nombre del niño	Birth Date/ Fecha de nacimiento	Mother's Name/ Nombre de la madre

Family Medical History/ Historial médico familiar

Check all medical problems for relatives in your family, and tell how the family member is related to the child (aunt, cousin, etc)./ Marque todos los problemas médicos de los miembros de su familia y explique cómo el familiar se relaciona con el niño (tía, primo, etc.)

Condition/ Condición	Relationship to Child/ Relación con el niño	Problem/ Problema
Multiple miscarriages/ stillbirths/ Múltiples abortos espontáneos/ mortinatos	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Early newborn/childhood deaths/ Muertes tempranas de recién nacidos/niños	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Birth defects/ Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Learning problems/ Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Mental retardation/ Retraso mental	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Spina bifida (open spine)/ Espina bífida (columna vertebral abierta)	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	

Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Family History *continued/* **Historial Familiar** *continuación*

Condition/ Condición	Relationship to Child/ Relación con el niño	Problem/ Problema
Down syndrome or other chromosome problems/ Síndrome de Down u otros problemas cromosómicos	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Bone/joint problems/ Problemas óseos/articulares	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Heart defects/ Defectos del corazón	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Anemia/sickle cell/hemophilia/ Anemia/célula falciforme/hemofilia	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Cystic fibrosis/ Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Stomach, kidney, or liver problems/ Problemas de estómago, riñón o hígado	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Infertility/ Esterilidad	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Seizures, hydrocephalus (water on the brain), or cerebral palsy/ Convulsiones, hidrocefalia (agua en el cerebro) o parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Mental health problems/ Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Vision loss, cataracts, or glaucoma/ Pérdida de visión, cataratas o glaucoma	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Early hearing loss/ Pérdida de audición temprana	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Birthmarks or skin problems/ Marcas de nacimiento o problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Cancer/ Cáncer	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Other health concerns/ Otro problema de salud	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	