



Children'sSM Physician Group

Please complete the following documents and bring to your appointment. The clinical staff will collect this from you.

Thank you!

Por favor complete los siguientes documentos y traigalos a su cita. El personal clínico le pedira estos documentos.

Gracias!



20425-01

2-Hole 1/4 2 3/4 c-to-c



Children's Physician Group - Endocrinology and Diabetes
Children's Specialty Services

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Endocrinology and Diabetes Home Medication Reconciliation Form

Dear Patient, Parent, or Guardian:

Please list current medications your child is taking. This will allow us to have a complete list for consideration when choosing medications for your child today.

PLEASE BRING ALL MEDICATIONS IN ORIGINAL CONTAINER TO EACH VISIT.

Does your child have any allergies to medicines? No Yes If "Yes", please list the medication and type of reaction below:

| Name of Medication | What happens when your child takes it? |
|--------------------|---|
| | <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other _____ |
| | <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other _____ |
| | <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other _____ |
| | <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other _____ |

Please list all of your child's current medicines. My child is not on any medicines right now.

DO NOT INCLUDE INSULIN

| Medicine (oral & injectable) Please list the name of each medicine your child takes | How much does your child take? Such as 2 ml, 5 mg, or 1 tsp. | How often does your child take it? Such as once a day, twice a day | How does your child take this medication? Such as by mouth or ear drops | Why does your child take this medicine? | When was the last dose of this medication given? |
|---|--|--|---|---|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Source of information: Patient Parent Guardian Other

Pharmacy name: _____ Pharmacy phone number: _____

I have reviewed the list above.

Signature (Parent/Legal Guardian/Patient)

Date/Time

Signature (Nurse/Physician/Provider)

Date/Time

3-Hole 1/4 4 1/4 c-to-c





34474-08

Children's Physician Group
Endocrinology

GENERAL INTAKE QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO GENERAL PARA PACIENTES NUEVOS

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Dear Parent:
Estimado padre/madre:

Thank you for allowing us to care for your child. If you are receiving this form via email or mail, please complete it before your visit. If you have received this form on the day of your visit, please complete this form as you wait and let registration know once finished.

Muchas gracias por permitirnos atender a su hijo/hija. Si recibió este formulario por correo electrónico o correo postal, por favor complételo antes de su visita. Si lo recibió el día de su visita, por favor complételo mientras esperan ser atendidos y avísele a la persona encargada de registros una vez que haya terminado.

Please check all that apply when answering the questions below:
Por favor, marque todo lo que corresponda al responder las preguntas que aparecen a continuación:

1. **Does the patient have any of the following general issues?**
¿El/la paciente tiene alguno de los siguientes problemas?
 No problems Weight change Fatigue (lack of energy) Sleep problems Fever Other
 No tiene problemas Cambios en el peso Fatiga (falta de energía) Problemas de sueño Fiebre Otro
2. **Does the patient have any problems with his/her eyes?**
¿El/la paciente tiene algún problema en los ojos?
 No problems Eye pain/discomfort Difficulty seeing Wears glasses/contacts
 No tiene problemas Dolor/molestias en los ojos Dificultad para ver Usa gafas/lentes de contacto
3. **Does the patient have any problems with his/her ears, nose or throat?**
¿El/la paciente tiene algún problema en los oídos, nariz o garganta?
 No problems Hearing difficulty Snoring Runny nose Ear infection/pain
 No tiene problemas Dificultad para oír Ronca Secreciones nasales Infección/dolor de oído
 Noisy breathing Sore throat Ear pain/pulling
 Ruido al respirar Dolor de garganta Dolor de oído/se jala la oreja
4. **Does the patient have heart problems?**
¿El/la paciente tiene problemas cardíacos?
 No problems Chest pain Irregular/skipped heart beats Passing out
 No tiene problemas Dolor de pecho Latidos irregulares/saltos en los latidos Desmayos
5. **Does the patient have problems with his/her breathing?**
¿El/la paciente tiene algún problema para respirar?
 No problems Cough Difficulty breathing Wheezing
 No tiene problemas Tos Dificultad para respirar Silbido al respirar
6. **Does the patient have gastrointestinal (stomach) problems?**
¿El/la paciente tiene algún problema gastrointestinal (en el estómago)?
 No problems Change in appetite Abdominal pain Diarrhea Constipation
 No tiene problemas Cambio en el apetito Dolor abdominal Diarrea Estreñimiento
 Difficulty swallowing Nausea/vomiting
 Dificultad para tragar Náuseas/vómitos
7. **Does the patient have urinary problems?**
¿El/la paciente tiene algún problema urinario?
 No problems Painful urination Frequent urination Blood in urine Bedwetting/nighttime urination
 No tiene problemas Dolor al orinar Orina con frecuencia Sangre en la orina Moja la cama/orina de noche



34474-08

Children's Physician Group
Endocrinology

GENERAL INTAKE QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO GENERAL PARA PACIENTES NUEVOS

Name _____
Date of Birth _____
MRN# _____
Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

8. **What skin problems does the patient have?**
¿Qué tipo de problemas en la piel tiene el/la paciente?
 No problems **Dry skin/eczema** **Rash**
 No tiene problemas Piel seca/eczema Sarpullido
9. **What neurological problems does the patient have?**
¿Qué tipo de problemas neurológicos tiene el/la paciente?
 No problems **Headaches** **Weakness** **Dizziness** **Numbness/tingling** **Developmental delay**
 No tiene problemas Dolores de cabeza Debilidad Mareos Adormecimiento/hormigueo Retraso en el desarrollo
10. **What psychological/emotional problems does the patient have?**
¿Qué tipo de problemas psicológicos/emocionales tiene el/la paciente?
 No problems **Mood changes** **Behavioral problems**
 No tiene problemas Cambios de humor Problemas de conducta
11. **What bleeding/hematological problems does the patient have?**
¿Qué tipo de problemas de hemorragias/hematológicos tiene el/la paciente?
 No problems **Easy bruising** **Anemia** **Swollen lymph nodes**
 No tiene problemas Propenso a moretones Anemia Inflamación de los ganglios
12. **What endocrine problems does the patient have?**
¿Qué tipo de problemas endócrinos tiene el/la paciente?
 No problems **Increased thirst** **Heat/cold intolerance**
 No tiene problemas Aumento de la sed Intolerancia al calor/frío
13. **What musculoskeletal problems does the patient have?**
¿Qué tipo de problemas musculoesqueléticos tiene el/la paciente?
 No problems **Arm/leg pain** **Joint swelling** **Leg swelling**
 No tiene problemas Dolor en el brazo/pierna Inflamación en las articulaciones Inflamación de las piernas

Please answer these general endocrine questions:

Por favor responda estas preguntas generales sobre el sistema endócrino:

1. **What symptoms/problems has the patient had?**
¿Qué síntomas/problemas ha tenido el/la paciente?
 Abnormal labs **Breast development** **Fractures (broken bones)** **Fatigue (lack of energy)**
 Resultados de análisis anormales Desarrollo de senos Fracturas (huesos rotos) Fatiga (falta de energía)
- Galactorrhea (breast discharge)** **Gynecomastia (breasts in males)** **Hirsutism (increased hair growth)**
 Galactorrea (secreción de los senos) Ginecomastia (senos en hombres) Hirsutismo (aumento en el crecimiento del vello)
- Hyperglycemia (high blood sugar)** **Hypoglycemia (low blood sugar)** **Polydipsia (increased thirst)**
 Hiperglucemia (azúcar alta en la sangre) Hipoglucemia (azúcar bajo en la sangre) Polidipsia (aumento de la sed)
- Polyuria (increased urination)** **Irregular periods** **Micro penis (small penis)** **Obesity** **Pituitary tumor**
 Poliuria (aumento en la orina) Períodos irregulares Micropene (pene pequeño) Obesidad Tumor pituitario
- Syncope (passed out)** **Vitamin D deficiency** **Weakness** **Weight gain** **Weight loss**
 Síncope (desmayo) Deficiencia de vitamina D Debilidad Aumento de peso Pérdida de peso
2. **How long have they had these symptoms/problems?**
¿Por cuánto tiempo ha tenido estos síntomas/problemas?
 Days **Weeks** **Months** **Years**
 Días Semanas Meses Años



34474-08

Children's Physician Group
Endocrinology

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

GENERAL INTAKE QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO GENERAL PARA PACIENTES NUEVOS

3. Are the problems/symptoms listed above:
Los problemas/síntomas mencionados antes:

- Gone completely** **Better** **The same** **Getting worse**
- Desaparecieron completamente Están mejor Siguen igual Están empeorando

4. Are medications taken for an endocrine problem?
¿Toma medicamentos debido a un problema endócrino?

- Yes (Sí)** **No**

If yes, what medications are taken for endocrine problems? _____

Si respondió que sí, ¿qué medicamentos está tomando por problemas endócrinos?

How often is a dose missed in a typical week?

En una semana típica, ¿con cuánta frecuencia se olvida de tomar una dosis?

- Never miss a dose** **Less than 2 doses** **Less than 5 doses** **5 or more doses**
- Nunca se olvida una dosis Menos de 2 dosis Menos de 5 dosis Como mínimo 5

Parent/Guardian signature
Firma del padre/madre/tutor legal

Reviewed by
Revisado por

Date
Fecha

Time
Hora

For in-clinic use only

| | | | | | | | |
|------|----|----|-----|---------|---------|----|--------|
| Temp | HR | RR | B/P | Wt (kg) | Ht (cm) | HC | O2 Sat |
|------|----|----|-----|---------|---------|----|--------|

| | |
|------------|------------|
| Pain Score | Pain Scale |
|------------|------------|

Clinical Staff Signature: _____ Date: _____ Time: _____



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group

SOCIAL HISTORY
ANTECEDENTES SOCIALES

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Dear Parent:

Thank you for allowing us to care for your child. If you are receiving this form via email or mail, please complete it before your visit. If you have received this form on the day of your visit, please complete this form as you wait and let registration know once finished.

Estimados padres:

Gracias por permitirnos atender a su hijo. Si recibe este formulario por correo electrónico o correo postal, por favor complételo antes de su cita. Si ha recibido este formulario el día de su cita, por favor complete el formulario mientras espera y cuando termine informe al registro.

Please check all that apply when answering the questions below:

Por favor, marque lo que corresponda al responder a las siguientes preguntas:

1. Patient accompanied to appointment by: (choose all that apply)

Al paciente lo acompaña a la cita: (elija lo que corresponda)

Mother Father Foster parents/guardian Siblings Grandparents
Madre Padre Padres de crianza/tutor Hermanos/as Abuelos

Other _____
Otro

2. Lives with: (choose all that apply)

Vive con: (elija lo que corresponda)

Mother Father Siblings Grandmother Grandfather Aunt Uncle
Madre Padre Hermanos/as Abuela Abuelo Tía Tío

Cousin(s) Foster parent(s) DFCS Other _____
Primo(s) Padre(s) de crianza Otro

3. Legal custody: (choose all that apply)

Custodia legal (elija lo que corresponda)

Mother Father Siblings Grandmother Grandfather Aunt Uncle
Madre Padre Hermanos/as Abuela Abuelo Tía Tío

Cousin(s) Foster parent(s) DFCS Other _____
Primo(s) Padre(s) de crianza Otro

4. Number of siblings:

Número de hermanos:

0 1 2 3 4 5+ Other _____
Otro

5. Mother's occupation: _____

Oficio de la madre

6. Father's occupation: _____

Oficio del padre

7. Pets/Animals (choose all that apply)

Mascotas/Animales (elija lo que corresponda)

None Cats Dogs Other _____
Ninguno Gatos Perros Otro

8. Additional activities outside of school (choose all that apply)

Otras actividades fuera de la escuela (elija lo que corresponda)

Sports Arts Religious activities Other _____
Deportes Arte Actividades religiosas Otras



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group

SOCIAL HISTORY
ANTECEDENTES SOCIALES

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

9. Stressors (choose all that apply)

Factores estresantes (elija lo que corresponda)

- None Illness/Death Money Multiple moves Parents
- Ninguno Enfermedad/Muerte Dinero Mudanzas múltiples Padres

- School/Bullying Transportation Other _____
- Escuela/Hostigamiento escolar Transporte Otro

10. Grade Level

Grado escolar

- None Daycare Medically Fragile Daycare
- Ninguno Guardería Guardería para niños medicamente frágiles
- Preschool Kindergarten 1st grade 2nd grade 3rd grade
- Pre escolar kinder 1^{er} grado 2^{do} grado 3^{er} grado
- 4th grade 5th grade 6th grade 7th grade 8th grade
- 4^{to} grado 5^{to} grado 6^{to} grado 7^{mo} grado 8^{vo} grado
- 9th grade 10th grade 11th grade 12th grade College Special Accommodations
- 9^{no} grado 10^{mo} grado 11^{vo} grado 12^{vo} grado Universidad Adaptaciones especiales

Parent/Guardian signature
Firma del padre/tutor legal

Reviewed by
Revisado por

Date
Fecha

Time
Hora