

Newborn Family Medical History Questionnaire

Thank you for choosing to give this baby a safe and secure future.

Notice: The baby you have brought in today may have serious medical needs in the future that we don't know about today. Some illnesses, including cancer, are best treated when we know about family medical histories. In addition, sometimes relatives are needed for life-saving treatments. To make sure this baby will have a healthy future, your assistance in completing this questionnaire fully is essential. Thank you.

Please remember that these questions will allow us to provide the best supportive care possible to the baby. Please answer these questions as well as you can. If you need help answering the questions, please ask. If you are uncomfortable answering any of the questions, skip them and answer the rest. Any information you provide will benefit the baby.

If you would prefer to take this form with you, an envelope is provided for you to mail the completed form to the hospital.

1. What were the date, time and place of the baby's birth?

Date: _____ Time: _____ AM / PM Place: _____

2. Was the baby born early (premature)? _____ Late? ____ Unknown Due Date? _____

3. Did the baby have any trouble starting to breathe? _____

Circle one

4. When the baby was born, was the mother 35 years of age or older? No Yes Not Sure

Where the baby's ancestors came from may sometimes give us important information about the baby's health.

1. Is the baby's family:

a. From Southeast Asia, Taiwan, China or the Philippines? No Yes Not Sure

b. From Italy, Greece or the Middle East? No Yes Not Sure

c. African American (Black)? No Yes Not Sure

d. Latino/Hispanic/Puerto Rican? No Yes Not Sure

2. Is your family, or your baby's father's family, European (Ashkenazi) Jewish? No Yes Not Sure

The following questions are about the baby's blood relatives. By "blood relative," we mean the baby's mother, father, sister, brother, grandparent, aunt, uncle, niece, nephew, or cousin.

	Circle one		
	No	Yes	Not Sure
1. Is any blood relative in the baby's family mentally retarded?	No	Yes	Not Sure
2. Does the baby have any blood relatives who had an unborn baby or a child who had Down syndrome?	No	Yes	Not Sure
3. Do any of the baby's blood relatives have any other chromosome problem?	No	Yes	Not Sure
4. Were any of the baby's blood relatives born with:			
a. A heart defect?	No	Yes	Not Sure
b. A cleft lip and/or cleft palate?	No	Yes	Not Sure
c. Any other birth defect?	No	Yes	Not Sure
5. Do any of the baby's blood relatives have:			
a. Cystic fibrosis?	No	Yes	Not Sure
b. Muscular dystrophy?	No	Yes	Not Sure
c. Hemophilia or other bleeding disorder?	No	Yes	Not Sure
d. Huntington's disease?	No	Yes	Not Sure
6. Do any of the baby's blood relatives have any of the following diseases or health problems?			
a. High blood pressure	No	Yes	Not Sure
b. Diabetes	No	Yes	Not Sure
c. Cancer	No	Yes	Not Sure
d. Lung disease or breathing problems	No	Yes	Not Sure
e. Heart disease or problems	No	Yes	Not Sure
f. Nerve or nervous disorders	No	Yes	Not Sure
g. Schizophrenia	No	Yes	Not Sure
h. Depression or other mental problems	No	Yes	Not Sure
i. Glaucoma or other eye problems	No	Yes	Not Sure
j. Hearing difficulty	No	Yes	Not Sure

The following questions are about medical conditions that the baby's mother may have.

- | | Circle one | | |
|--|------------|-----|----------|
| | No | Yes | Not Sure |
| 1. Does she have diabetes? | | | |
| 2. During this pregnancy, has the mother taken: | | | |
| a. Medications for seizures? (examples are Dilantin, valproic acid, Depakene, Tegretol, Atretol, Mysoline, Tridione) | | | |
| b. Lithium for depression? (examples are Eskalith, Lithobid, Lithonate) | | | |
| c. Pills (Accutane, isotretinoin) for acne? | | | |
| 3. Did she have any other problems or complications during her pregnancy? | | | |

Baby's Identification Number: _____

Date of Birth: _____/_____/_____

Date Form Completed: _____/_____/_____

Name (*optional*): _____Telephone Number (*optional*): _____

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Cuestionario Sobre Antecedentes Médicos de la Familia del Recién Nacido

Gracias por escoger el darle a este bebé un futuro seguro y fuera de peligro.

Aviso: El bebé que usted ha traído hoy puede tener serias necesidades médicas en el futuro que aún no conocemos. Algunas enfermedades, inclusive el cáncer, se pueden tratar mejor si tenemos información sobre los antecedentes médicos de la familia. Además, a veces se debe contar con familiares para tratamientos necesarios para salvarle la vida a una persona. Para asegurarnos de que este bebé tendrá un futuro saludable, es fundamental que colabore con nosotros completando este cuestionario en su totalidad. Gracias.

Por favor, recuerde que estas preguntas no permitirán proporcionar el mejor cuidado de apoyo posible al bebé. Por favor responda a estas preguntas lo mejor que pueda. Si necesita ayuda para responder, por favor pídala. Si usted no se siente cómodo en contestar alguna de las preguntas, deje esa pregunta y continúe con el resto. Cualquier información que proporcione le beneficiará al bebé.

Si prefiere llevarse este formulario con usted, le entregamos un sobre para que envíe el formulario completo por correo al hospital.

1. ¿Cuál es la fecha, hora, y lugar de nacimiento del bebé?

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM Lugar: _____

2. ¿Nació el bebé antes de tiempo (prematureo)? _____ ¿Tardío? _____

¿No sabe la fecha que se esperaba naciera? _____

3. ¿Tuvo el bebé algún problema para empezar a respirar?

Marque una respuesta

4. ¿Cuando nació el bebé, la madre tenía 35 años de edad o más? No Sí No es seguro

El lugar de origen de los ancestros del bebé a veces puede darnos información importante sobre la salud del bebé.

1. ¿La familia del bebé es:

a. Del sudeste asiático, Taiwán, China o las Filipinas? No Sí No es seguro

b. De Italia, Grecia o Medio Oriente? No Sí No es seguro

c. Afroamericana (negro)? No Sí No es seguro

d. Latina/hispana/portorriqueña? No Sí No es seguro

2. ¿Su familia, o la familia del padre de su bebé, es de origen judío europeo (ashkenazi)? No Sí No es seguro

Las siguientes preguntas se refieren a los familiares consanguíneos del bebé. Por “familiar consanguíneo” nos referimos a la madre, padre, hermana, hermano, abuelo, abuela, tía, tío, sobrina, sobrino, prima o primo del bebé.

	Marque una respuesta		
1. ¿Algún familiar consanguíneo de la familia del bebé es retrasado mental?	No	Sí	No es seguro
2. ¿El bebé tiene algún familiar consanguíneo que haya tenido un bebé nonato, o un hijo con síndrome de Down?	No	Sí	No es seguro
3. ¿Alguno de los familiares consanguíneos del bebé tiene algún otro problema cromosomático?	No	Sí	No es seguro
4. ¿Alguno de los familiares consanguíneos del bebé nació con			
a. Un defecto cardíaco?	No	Sí	No es seguro
b. Labio leporino y/o el paladar abierto?	No	Sí	No es seguro
c. algún otro defecto de nacimiento?	No	Sí	No es seguro
5. ¿Alguno de los familiares consanguíneos del bebé tiene:			
a. Cistofibrosis?	No	Sí	No es seguro
b. Distrofia muscular?	No	Sí	No es seguro
c. Hemofilia u otra afección hemorrágica?	No	Sí	No es seguro
d. La enfermedad de Huntington?	No	Sí	No es seguro
6. ¿Alguno de los familiares consanguíneos del bebé tiene una de las siguientes enfermedades o problemas de salud?			
a. Presión arterial alta	No	Sí	No es seguro
b. Diabetes	No	Sí	No es seguro
c. Cáncer	No	Sí	No es seguro
d. Una enfermedad pulmonar o problemas para respirar	No	Sí	No es seguro
e. Una enfermedad o problemas cardíacos	No	Sí	No es seguro
f. Desórdenes nerviosos o de los nervios	No	Sí	No es seguro
g. Esquizofrenia	No	Sí	No es seguro
h. Depresión u otros problemas mentales	No	Sí	No es seguro
i. Glaucoma u otros problemas de la vista	No	Sí	No es seguro
j. Problemas auditivos	No	Sí	No es seguro

Las siguientes preguntas se refieren a problemas médicos que podría tener la madre del bebé.

	Marque una respuesta		
	No	Sí	No es seguro
1. ¿Ella tiene diabetes?			
2. ¿Durante este embarazo, la madre ha tomado:			
a. Medicinas para prevenir ataques? (por ejemplo Dilantin, ácido valproico, Depakene, Tegretol, Atretol, Mysoline, Tridione)	No	Sí	No es seguro
b. Litio para la depresión? (por ejemplo Eskalith, Lithobid, Lithonate)	No	Sí	No es seguro
c. Píldoras (Accutane, isotretinoína) para el acné?	No	Sí	No es seguro
3. ¿Ella tuvo algún otro problema o complicación durante su embarazo?	No	Sí	No es seguro

Número de identificación del bebé: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Fecha en que se completó el formulario: _____/_____/_____

Nombre (*opcional*): _____

Número de teléfono (*opcional*): _____

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

