



**Caswell County Health Department
Yanceyville, NC 27379
Permission to Use And Disclose Patient Health
Information and Assignment of Benefits**

Last Name

First Name

MI

Patient SS#

Patient Date of Birth

Acknowledgement Of Receipt of The Notice Of Privacy Practices

I hereby acknowledge that I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices: for the Caswell County Health Department and I understand that I may contact the person named herein if I have any questions about the content of the notice.

Consent For Use and Disclosure of Health/Medical Information

I give my voluntary consent to Caswell County Health Department to use and disclose health/medical information regarding _____ for the purpose of treatment, payment and healthcare operations as defined in the "Notice of Privacy Practices" mentioned above. I understand that the health/medical information used and disclosed may include information about communicable disease (such as HIV). I understand that I may revoke this consent at any time, except to the extent action has already been taken in reliance on it. I understand that this consent is valid until I revoke it and that if I want to revoke this consent, I must do so in writing.

Patient/Parent/ Legal Guardian

Date

Witness

Date



Caswell County Health Department
189 County Park Road; PO Box 1238
Yanceyville, NC 27379
P: 336-694-4129 F:336-694-7030

Parental Consent for non-custodial Parent/Guardian

I _____ being the legal custodial Parent/ Guardian
(Custodial Parent/Guardian)

of _____ give permission for the following person/people to
(Child's Name)

consent for medical treatment of my child.

This includes but is not limited to Emergency Medical Treatment, Doctor
Appointments, Discussion of History and other personal information that has any
effect on the medical treatment plan or diagnosis.

Effective Date (from) _____ (to) _____

Child's Date of Birth _____

Allergies, Surgeries or other Important Medical information needed for
treatment _____

Signature _____

Date _____



Departamento de Salud del Condado de Caswell
189 County Park Road; PO Box 1238
Yanceyville, NC 27379
N: 336-694-4129 F: 336-694-7030

Consentimiento de los padres para el padre/tutor sin custodia

Yo _____ siendo el Padre/Tutor con custodia legal
(Padre/tutor con custodia)

De _____ doy permiso a las siguientes personas dar
(Nombre del niño)

Consentimiento para el tratamiento médico de mi hijo.

Esto incluye, entre otros, tratamiento médico de emergencia, citas médicas, discusión de la historia y otra información personal que tenga algún efecto en el plan de tratamiento médico o diagnóstico.

Fecha de entrada en vigor (desde) _____ (hasta) _____

Fecha de Nacimiento del niño _____

Alergias, cirugías o otra información médica importante necesaria para
tratamiento _____
_____.

Firma _____

Fecha _____



Departamento de Salud del Condado de Caswell
189 County Park Road; PO Box 1238
Yanceyville, NC 27379
N: 336-694-4129 F: 336-694-7030

PATIENT AUTHORIZATION FORM

Authorization to Release Information to Family Members

Many of our patients allow family members such as their spouse, significant other, parents or children to call and request the result of tests, procedures and financial information. Under the requirements for H.L.P.A.A. we are not allowed to give this information to anyone without the patient's consent. If you wish to have your medical information, any diagnostic test results and/or financial information released to any family members you must sign this form.

You have the right to revoke this consent, in writing, except where we have already made disclosures in reliance on your prior consent.

**I authorize Caswell County Health Department to release my records
and any information requested to the following individuals.**

1. _____ Relationship to Patient: _____
2. _____ Relationship to Patient: _____
3. _____ Relationship to Patient: _____
4. _____ Relationship to Patient: _____

Authorization Regarding Messages (please check all that apply)

____ I authorize you to leave a detailed message on my home or cell number regarding appointments

____ I authorize you to leave a detailed message on my home or cell number regarding medical treatment, care, test results or financial information

____ I authorize you to leave a message with anyone who answers the phone

____ Messages may only be left with _____

Patient Name (PLEASE PRINT) _____ Date _____

Patient Signature _____



CASWELL COUNTY HEALTH DEPARTMENT - CCHD

Patient Authorization to Permit Use and Disclosure of Health Information Authorization For Release of Information

①	Patient Name			Date of Birth	
②	I hereby authorize and request CCHD to: ☐ Release information to: or ☐ Obtain information from:				
③	Name/Facility				
	Address (number and Street)				
	City, State, Zip Code				
	Telephone		Fax		
④	For the purpose of:	☐ Continuing Care	or	☐	
⑤	Information to be Released/Obtained should include the following information for dates:				to
☐	ED Visit to include:	Diagnostic Tests, Emergency Department Records, Lab Reports, Med. Sheets, Imaging Reports			
☐	Inpatient Visit to include:	History & Physical, Discharge Summary, Diagnostic Tests, Lab Reports, Emergency Dept. Records, Imaging Reports			
☐	Clinic Visit to include:	Diagnostic Tests, History & Physical, Lab Reports, Med. Sheets, Imaging Reports, Provider/Clinic Notes for last year seen			
☐	Other:	☐ Immunization Reports	☐ Operative Reports	☐	
		☐ Pathology Report/Slides	☐ Maternity Records	☐	
		☐ Newborn Nursery Summary	☐ Pap Results		
⑥	By initialing below, I am specifically authorizing the use and/or disclosure of the following type of highly confidential information to be including in the disclosure: AIDS (Acquired immunodeficiency Syndrome) or HIV (Human Immunodeficiency Virus) infection, Psychiatric/Mental Health Care, Genetic Information, Treatment for alcohol and/or drug abuse, Sexually Transmitted Disease(s), Communicable Disease(s). Initials I authorize the above person/organization and/or members of their staff to furnish the above information, including copies or faxed copies of the information as directed in this authorization. I further agree to release the facility and its employees and agents from all liability that may arise from the release of information herein requested. I understand that I may revoke this authorization to release information with exceptions as explained in the Notice of Privacy Practices. I understand that this authorization will expire on _____. If I fail to specify an expiration date, event or condition, this authorization will expire in one year.				
Revocation of Use & Disclosure: You have the right to revoke this authorization at any time except: 1) to the extent that Caswell County Health Department has taken action in reliance on the authorization, or 2) The authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and other law provides the insurer with the right to contest the policy or a claim under this policy.					
Signature of Patient or Authorized Representative			Date		
I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I do not need to sign this form in order to receive treatment. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. I understand that I will be given a copy of this form after I sign it.					
⑦	☐ Copy given to patient		or	☐ Patient declined copy	
⑧	Signature of Patient or Legal Representative			⑨	Date
Relationship to Patient if signed by Legal Representative			⑩	Signature of Witness/Interpreter	

NOTICE TO RECIPIENT OF INFORMATION

Prohibition on Redisclosure: This information has been disclosed to you from records the confidentiality of which may be protected by federal and/or state law. If the records are so protected, Federal Regulation (42 CAF Part 2) prohibits you from making further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2; and GS 122C.. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Jennifer Eastwood, MPH
Public Health Director

189 County Park Road, PO Box 1238, Yanceyville, NC 27379 Phone: 336-694-4129 Fax: 336-694-7030

Revised March 2025



CASWELL COUNTY HEALTH DEPARTMENT - CCHD

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE CASWELL

Patient Authorization to Permit Use and Disclosure of Health Information

Autorización para Revelar Información de Salud

①	Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	
②	Por la presente autorizo y solicito a CCHD ☐ Divulgue la información a: o ☐ Obtener información de:		
③	Nombre/Instalación		
	Dirección (número y calle)		
	Ciudad, Estado, Código Postal		
	Teléfono	Fax	
④	Con el fin de:	☐ Cuidado Continuo	☐ o ☐
⑤	La información que se divulgará/obtendrá debe incluir la siguiente información sobre las fechas:		Para
☐	La visita al Departamento de Emergencias incluirá:	Pruebas diagnósticas, registros del departamento de emergencias, informes de laboratorio, hojas médicas, informes de imágenes	
☐	La visita para pacientes hospitalizados incluirá:	Historial y examen físico, resumen de alta, pruebas diagnósticas, informes de laboratorio, registros del departamento de emergencias, informes de imágenes	
☐	La visita a la clínica incluye:	Pruebas diagnósticas, historial y examen físico, informes de laboratorio, hojas médicas, informes de imágenes, notas del proveedor/clínica del último año visto	
☐	Otro:	☐ Informes de inmunización ☐ Informe de patología/diapositivas ☐ Resumen de la sala de recién nacidos	☐ Informes Operativos ☐ Registros de maternidad ☐ Resultados de la prueba de Papanicolaou
⑥	Al firmar mis iniciales abajo, específicamente autorizo el uso y/o divulgación del siguiente tipo de información sumamente confidencial como la siguiente: SIDA o Infección del VIH, Atención Psiquiátrica o Salud Mental, Información Genética, Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas, Enfermedades de Transmisión Sexual, o Enfermedades Contagiosas. Iniciales		
Autorizo a la persona/organización y/o a los miembros del personal, a divulgar la información que se indica arriba en esta autorización, incluyendo copias o copias por fax. Acepto además liberar a la oficina y a sus empleados e agentes de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de información solicitada en esta autorización.			
Entiendo que puedo revocar esta autorización de divulgación de información con excepciones, las cuales se explican en el Anuncio de Prácticas de Privacidad. Entiendo que esta autorización se caduca el _____. Si no especifico una fecha, evento, o condición, esta autorización se caducará en un año.			
Revocación de Uso y Divulgación: Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, con la excepción de lo siguiente: 1) En la medida que el Departamento de Salud Pública del Condado de Caswell ha tomado acción con relación a esta autorización, o 2) La autorización se obtuvo como condición de obtener cobertura de seguro médico y otra ley le proporciona al asegurador el derecho de disputar la póliza o un reclamo hecho bajo la póliza.			
Firma del Paciente o Representante Autorizado		Fecha de Revocación	
Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que yo firme esta autorización para recibir tratamiento. Entiendo que con cualquier divulgación de información corre la posibilidad de que ésta vuelva a ser divulgada y que no esté protegida por las reglas de confidencialidad federales. Entiendo que recibiré una copia de esta autorización después de firmarla.			
⑦	☐ Copia se le entrego al paciente	☐ o	☐ Paciente rehusó la copia
⑧	Firma del paciente o representante legal	⑨	Fecha
Relación con el Paciente si está firmada por el Representante Legal		⑩	Firma del Testigo/Intérprete

AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Prohibición de redivulgación: Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la ley federal y/o estatal. Si los registros están protegidos de esta manera, la Regulación Federal (42 CAF Parte 2) le prohíbe realizar más divulgaciones de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por 42 CFR Parte 2; y GS 122C. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Jennifer Eastwood, MPH
Public Health Director

189 County Park Road, PO Box 1238, Yanceyville, NC 27379 Phone: 336-694-4129 Fax: 336-694-7030

Revised March 2025

NC Child Health Program Initial History Questionnaire (created 7/1/2012)

Patient Name:		Date of Birth:	Sex: (Circle) Male Female																																																																																																																																																																																																									
Person Who Filled Out Form:		Date Filled Out:	Relationship to Patient:																																																																																																																																																																																																									
PREGNANCY AND BIRTH HISTORY		HOUSEHOLD																																																																																																																																																																																																										
Is the child adopted? No Yes Birth Weight: _____ pounds _____ ounces Was baby born on time? No Yes _____ weeks Was the birth Vaginal C-Section If C-Section, Why? _____ Were there any problems during the pregnancy or at birth? No Yes If yes, explain: _____ During pregnancy did mom: Use tobacco? No Yes Drink alcohol? No Yes Use drugs or other medications? No Yes What: _____ Use prenatal vitamins? No Yes When: _____ Did baby have problems or need to stay in a NICU? No Yes If yes, explain: _____ The initial feeding for the baby was: Formula Breast milk How long did the baby breastfeed? _____ Did the baby go home with mom? No Yes If no, explain: _____		List names, relationships to child, and ages of all people living with the child: _____ _____ _____ Are there siblings not listed? If so, list names, ages and where they live: _____ _____ What is your child's living situation? Joint custody Single custody Foster care If one or both parents are not living in the home, how often does the child see the parent not in the home? _____ Tobacco use in family? No Yes Who?: _____																																																																																																																																																																																																										
CHILD'S HEALTH HISTORY		BIOLOGICAL FAMILY HEALTH HISTORY																																																																																																																																																																																																										
Has the child ever had: <table border="0"> <tr><td>Hospitalizations</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Serious Injuries/Broken Bones</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Surgeries</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Allergies To Medications/Other:</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Chicken Pox (Year) _____</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Frequent Ear Infections</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Vision/Hearing Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Nasal Allergies</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Asthma /Lung Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Tuberculosis(TB)/Risks for TB</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Any Heart Problems/Murmur</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Anemia/Sickle Cell</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Bleeding Problems/Transfusion</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Immune Problems/HIV</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Cancer</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Stomach Aches/Constipation</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Bladder Infections/Kidney Disease</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Birth Defects</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Metabolic/Genetic Conditions</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Sleep/Snoring/Bed Wetting Issues</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Chronic Skin Problems/Eczema</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Frequent Headaches</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Seizures/Neurological Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Obesity</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Thyroid/Endocrine Problems</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>High Blood Pressure</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Alcohol/Drug Use/Tobacco</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>ADHD/Anxiety/Mood/Depression</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Developmental Delay/Disability</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Dental Decay/Cavities</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>History of Family Violence/Abuse</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Sexual Infections/Pregnancy</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Elevated Lead Level</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> <tr><td>Other: _____</td><td>No</td><td>Yes</td></tr> </table>		Hospitalizations	No	Yes	Serious Injuries/Broken Bones	No	Yes	Surgeries	No	Yes	Allergies To Medications/Other:	No	Yes	Chicken Pox (Year) _____	No	Yes	Frequent Ear Infections	No	Yes	Vision/Hearing Problems	No	Yes	Nasal Allergies	No	Yes	Asthma /Lung Problems	No	Yes	Tuberculosis(TB)/Risks for TB	No	Yes	Any Heart Problems/Murmur	No	Yes	Anemia/Sickle Cell	No	Yes	Bleeding Problems/Transfusion	No	Yes	Immune Problems/HIV	No	Yes	Cancer	No	Yes	Stomach Aches/Constipation	No	Yes	Bladder Infections/Kidney Disease	No	Yes	Birth Defects	No	Yes	Metabolic/Genetic Conditions	No	Yes	Sleep/Snoring/Bed Wetting Issues	No	Yes	Chronic Skin Problems/Eczema	No	Yes	Frequent Headaches	No	Yes	Seizures/Neurological Problems	No	Yes	Obesity	No	Yes	Diabetes	No	Yes	Thyroid/Endocrine Problems	No	Yes	High Blood Pressure	No	Yes	Alcohol/Drug Use/Tobacco	No	Yes	ADHD/Anxiety/Mood/Depression	No	Yes	Developmental Delay/Disability	No	Yes	Dental Decay/Cavities	No	Yes	History of Family Violence/Abuse	No	Yes	Sexual Infections/Pregnancy	No	Yes	Elevated Lead Level	No	Yes	Other: _____	No	Yes	Has anyone in the family of the child (parents, grandparents, sisters/brothers) had: <table border="0"> <tr><td></td><td>No</td><td>Yes</td><td>Who?</td></tr> <tr><td>Childhood Hearing Loss</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Nasal Allergies</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Asthma</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Tuberculosis (TB)/Risks for Tuberculosis</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Lung Problems</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Heart Disease</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>High Blood Pressure/Stroke</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>High Cholesterol/Takes Cholesterol Medication</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Anemia/Sickle Cell</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Bleeding Problems</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Dental Decay (cavities)</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Cancer</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Liver Disease/Hepatitis</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Kidney Disease</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes (high blood sugar)</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Obesity</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Seizures/Epilepsy</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Alcohol Abuse</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Drug Abuse</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Mental Illness/Depression</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Development Delay/Disability</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Immune Problems/HIV/AIDS</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Other Family History:</td><td>No</td><td>Yes</td><td>_____</td></tr> </table>			No	Yes	Who?	Childhood Hearing Loss	No	Yes	_____	Nasal Allergies	No	Yes	_____	Asthma	No	Yes	_____	Tuberculosis (TB)/Risks for Tuberculosis	No	Yes	_____	Lung Problems	No	Yes	_____	Heart Disease	No	Yes	_____	High Blood Pressure/Stroke	No	Yes	_____	High Cholesterol/Takes Cholesterol Medication	No	Yes	_____	Anemia/Sickle Cell	No	Yes	_____	Bleeding Problems	No	Yes	_____	Dental Decay (cavities)	No	Yes	_____	Cancer	No	Yes	_____	Liver Disease/Hepatitis	No	Yes	_____	Kidney Disease	No	Yes	_____	Diabetes (high blood sugar)	No	Yes	_____	Obesity	No	Yes	_____	Seizures/Epilepsy	No	Yes	_____	Alcohol Abuse	No	Yes	_____	Drug Abuse	No	Yes	_____	Mental Illness/Depression	No	Yes	_____	Development Delay/Disability	No	Yes	_____	Immune Problems/HIV/AIDS	No	Yes	_____	Other Family History:	No	Yes	_____
Hospitalizations	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Serious Injuries/Broken Bones	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Surgeries	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Allergies To Medications/Other:	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Chicken Pox (Year) _____	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Frequent Ear Infections	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Vision/Hearing Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Nasal Allergies	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Asthma /Lung Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Tuberculosis(TB)/Risks for TB	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Any Heart Problems/Murmur	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Anemia/Sickle Cell	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Bleeding Problems/Transfusion	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Immune Problems/HIV	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Cancer	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Stomach Aches/Constipation	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Bladder Infections/Kidney Disease	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Birth Defects	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Metabolic/Genetic Conditions	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Sleep/Snoring/Bed Wetting Issues	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Chronic Skin Problems/Eczema	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Frequent Headaches	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Seizures/Neurological Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Obesity	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Diabetes	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Thyroid/Endocrine Problems	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
High Blood Pressure	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Alcohol/Drug Use/Tobacco	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
ADHD/Anxiety/Mood/Depression	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Developmental Delay/Disability	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Dental Decay/Cavities	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
History of Family Violence/Abuse	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Sexual Infections/Pregnancy	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Elevated Lead Level	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
Other: _____	No	Yes																																																																																																																																																																																																										
	No	Yes	Who?																																																																																																																																																																																																									
Childhood Hearing Loss	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Nasal Allergies	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Asthma	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Tuberculosis (TB)/Risks for Tuberculosis	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Lung Problems	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Heart Disease	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
High Blood Pressure/Stroke	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
High Cholesterol/Takes Cholesterol Medication	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Anemia/Sickle Cell	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Bleeding Problems	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Dental Decay (cavities)	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Cancer	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Liver Disease/Hepatitis	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Kidney Disease	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Diabetes (high blood sugar)	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Obesity	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Seizures/Epilepsy	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Alcohol Abuse	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Drug Abuse	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Mental Illness/Depression	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Development Delay/Disability	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Immune Problems/HIV/AIDS	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
Other Family History:	No	Yes	_____																																																																																																																																																																																																									
		Additional Comments:																																																																																																																																																																																																										

NC Child Health Program - Cuestionario de Historial Medico

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M (Masculino) (circule) F (Femenino)																																																																																																																					
Persona que llenó el formulario:	Fecha Completado:	Relación con el Paciente:																																																																																																																						
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL DEL HOGAR																																																																																																																						
¿Es el niño/a adoptado? No ☐ Sí ☐ Peso al nacer: _____ libras _____ onzas ¿El bebé nació a tiempo? No ☐ Sí ☐ _____ semanas ¿El parto fue Vaginal? ☐ Cesárea? ☐ ¿Si tuvo cesárea, porque razón? _____ ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o al bebé nacer? No ☐ Sí ☐ Si respondió sí, explique: _____ Durante el embarazo, la mama: ¿Usó tabaco? No ☐ Sí ☐ Tomó alcohol? No ☐ Sí ☐ ¿Usó drogas o medicamentos? No ☐ Sí ☐ ¿Cuáles? _____ ¿Usó vitaminas prenatales? No ☐ Sí ☐ ¿Cuándo?: _____ ¿Tuvo algunos problemas o necesidad de que el bebé se quedara en la unidad de cuidados intensivo?: No ☐ Sí ☐ Si respondió sí, explique: _____ La alimentación inicial fue: Formula ☐ Leche materna ☐ ¿Cuánto duró tomando el pecho?: _____ ¿Su bebé se fue del hospital a la casa junto con la madre? No ☐ Sí ☐ Si no, explique: _____		Mencione a todos los que vivan en el hogar del niño/a, y las relaciones/ el parentesco con el niño/a y sus edades. _____ ¿Hay hermanos/as que no fueron mencionados? Si es así, escriba sus nombres, edades, y dónde viven : _____ ¿Con quien vive el niño/a? Esta en custodia con ambos padres ☐ Esta en custodia individual con solo padre o madre ☐ Vive con una familia asignada por ley (Foster Care) ☐ Si uno o ambos padres no viven en casa, ¿con que frecuencia ve el niño/a al padre/madre que no esta en la casa? _____ ¿Usan tabaco en su familia? No ☐ Sí ☐ ¿Quién(es)?: _____																																																																																																																						
HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO/A		HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA BIOLÓGICA																																																																																																																						
Alguna vez, su niño/a ha tenido/ha sido: <table border="0"> <tr> <td>Hospitalizado</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Algunas heridas graves/ Fracturas</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Alguna Cirugía</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Alergias a Medicamentos/ u Otras Cosas</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Médicas:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Varicela (año): _____</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Infecciones de Oídos Frecuentes</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Problemas de Audición o de Visión</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Alergias Nasales</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Asma/Enfermedad del Pulmones</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Algún Problema de Corazón/ Sople en el Corazón</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell)</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Problemas Inmunológicos/VIH o SIDA</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Dolor Abdominal Frecuente/Estreñimiento</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Recurrente Infección en las Vías Urinarias</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>/Enfermedad Renal—de los Riñones</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Defectos de Nacimiento</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Trastornos Metabólicos/Genéticos</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Problemas para Dormir/Ronquido /Orinarse en la Cama</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Problemas Crónicas de la Piel /Eczema</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Dolores de Cabeza Frecuentes</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Convulsiones/Otros Problemas Neurológicos</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Diabetes (azúcar en la sangre)</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Tiroides/Otros Problemas Endocrino</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Alta Presión Sanguínea</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Uso de Alcohol o Drogas/Uso de Tabaco</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Déficit de Atención/Ansiedad/Depresión</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Retraso en el Desarrollo/Discapacitado</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Caries Dentales</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Historial de Violencia Familiar/Abuso</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Infecciones de Transmisión Sexual/Embarazo</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Nivel alto de plomo</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td>Otras: _____</td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No ☐</td> <td>Sí ☐</td> </tr> </table>		Hospitalizado	No ☐	Sí ☐	Algunas heridas graves/ Fracturas	No ☐	Sí ☐	Alguna Cirugía	No ☐	Sí ☐	Alergias a Medicamentos/ u Otras Cosas	No ☐	Sí ☐	Médicas:			Varicela (año): _____	No ☐	Sí ☐	Infecciones de Oídos Frecuentes	No ☐	Sí ☐	Problemas de Audición o de Visión	No ☐	Sí ☐	Alergias Nasales	No ☐	Sí ☐	Asma/Enfermedad del Pulmones	No ☐	Sí ☐	Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis	No ☐	Sí ☐	Algún Problema de Corazón/ Sople en el Corazón	No ☐	Sí ☐	Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell)	No ☐	Sí ☐	Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos	No ☐	Sí ☐	Problemas Inmunológicos/VIH o SIDA	No ☐	Sí ☐	Cáncer	No ☐	Sí ☐	Dolor Abdominal Frecuente/Estreñimiento	No ☐	Sí ☐	Recurrente Infección en las Vías Urinarias	No ☐	Sí ☐	/Enfermedad Renal—de los Riñones	No ☐	Sí ☐	Defectos de Nacimiento	No ☐	Sí ☐	Trastornos Metabólicos/Genéticos	No ☐	Sí ☐	Problemas para Dormir/Ronquido /Orinarse en la Cama	No ☐	Sí ☐	Problemas Crónicas de la Piel /Eczema	No ☐	Sí ☐	Dolores de Cabeza Frecuentes	No ☐	Sí ☐	Convulsiones/Otros Problemas Neurológicos	No ☐	Sí ☐	Obesidad	No ☐	Sí ☐	Diabetes (azúcar en la sangre)	No ☐	Sí ☐	Tiroides/Otros Problemas Endocrino	No ☐	Sí ☐	Alta Presión Sanguínea	No ☐	Sí ☐	Uso de Alcohol o Drogas/Uso de Tabaco	No ☐	Sí ☐	Déficit de Atención/Ansiedad/Depresión	No ☐	Sí ☐	Retraso en el Desarrollo/Discapacitado	No ☐	Sí ☐	Caries Dentales	No ☐	Sí ☐	Historial de Violencia Familiar/Abuso	No ☐	Sí ☐	Infecciones de Transmisión Sexual/Embarazo	No ☐	Sí ☐	Nivel alto de plomo	No ☐	Sí ☐	Otras: _____	No ☐	Sí ☐		No ☐	Sí ☐		No ☐	Sí ☐	Hay alguien en la familia del niño (padres, abuelos, hermanos/as) que hayan tenido: Perdida de la Audición en la _____ ¿Quién? Infancia No ☐ Sí ☐ Alergias nasales No ☐ Sí ☐ Asma No ☐ Sí ☐ Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis No ☐ Sí ☐ Enfermedad del Pulmones No ☐ Sí ☐ Enfermedad del Corazón No ☐ Sí ☐ Alta Presión Sanguínea/Ataque cerebral No ☐ Sí ☐ Colesterol Alto/Toma Medicina para el Colesterol No ☐ Sí ☐ Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) No ☐ Sí ☐ Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos No ☐ Sí ☐ Caries Dentales No ☐ Sí ☐ Cáncer No ☐ Sí ☐ Enfermedad del Hígado/Hepatitis No ☐ Sí ☐ Enfermedad de los Riñones No ☐ Sí ☐ Diabetes (azúcar en la sangre) No ☐ Sí ☐ Obesidad No ☐ Sí ☐ Epilepsia/Convulsiones No ☐ Sí ☐ Abuso de Alcohol/Drogas No ☐ Sí ☐ Enfermedad Mental/Depresión No ☐ Sí ☐ Retraso en el Desarrollo/Discapacitado No ☐ Sí ☐ Problemas Inmunológicos /VIH o SIDA No ☐ Sí ☐ Otro historial familiar: No ☐ Sí ☐ Comentarios adicionales: _____	
Hospitalizado	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Algunas heridas graves/ Fracturas	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Alguna Cirugía	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Alergias a Medicamentos/ u Otras Cosas	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Médicas:																																																																																																																								
Varicela (año): _____	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Infecciones de Oídos Frecuentes	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Problemas de Audición o de Visión	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Alergias Nasales	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Asma/Enfermedad del Pulmones	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Algún Problema de Corazón/ Sople en el Corazón	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell)	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Problemas Inmunológicos/VIH o SIDA	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Cáncer	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Dolor Abdominal Frecuente/Estreñimiento	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Recurrente Infección en las Vías Urinarias	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
/Enfermedad Renal—de los Riñones	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Defectos de Nacimiento	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Trastornos Metabólicos/Genéticos	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Problemas para Dormir/Ronquido /Orinarse en la Cama	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Problemas Crónicas de la Piel /Eczema	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Dolores de Cabeza Frecuentes	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Convulsiones/Otros Problemas Neurológicos	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Obesidad	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Diabetes (azúcar en la sangre)	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Tiroides/Otros Problemas Endocrino	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Alta Presión Sanguínea	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Uso de Alcohol o Drogas/Uso de Tabaco	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Déficit de Atención/Ansiedad/Depresión	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Retraso en el Desarrollo/Discapacitado	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Caries Dentales	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Historial de Violencia Familiar/Abuso	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Infecciones de Transmisión Sexual/Embarazo	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Nivel alto de plomo	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
Otras: _____	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						
	No ☐	Sí ☐																																																																																																																						

CONFIDENTIAL

North Carolina Department of Health and Human Services
Division of Public Health
Reproductive Health Branch

Place Patient Label Here

**BIOLOGICAL FEMALE
REPRODUCTIVE HEALTH
HISTORY**

Date: _____

A. GENERAL INFORMATION

1. May we contact you by mail? ☐ Yes ☐ No By phone? ☐ Yes ☐ No Your phone number is _____
2. Do you have a primary care provider? ☐ Yes ☐ No If yes, who? _____
If No a referral to a primary care provider is offered ☐ Yes ☐ No
3. Hearing, Visual, Language and/or Physical Accommodation needs/Primary Language(s) _____
4. Highest grade completed in school _____

B. MEDICAL HISTORY, HOSPITALIZATIONS, MEDICATIONS

1. List hospitalizations, surgeries and dates: _____
2. Medications: Do you take a multivitamin and/or a folic acid? ☐ Yes ☐ No Do you currently take any medications (prescription or over the counter), diet or herbal supplements? ☐ Yes ☐ No If yes, what? _____
3. Self and Family Medical History: Put an **X** under **SELF** and/or **X** under **FAMILY** (parent, grandparent, brother, sister or your child)

SELF	FAMILY		SELF	FAMILY	
☐	☐	1. Heart disease/vascular problems (blood clots)	☐	☐	8. Liver Disease
☐	☐	2. Sickle Cell Disease or Trait/Blood Disorder	☐	☐	9. Migraine Headache (with aura)
☐	☐	3. Diabetes	☐	☐	10. Cancer
☐	☐	4. High Blood Pressure /High cholesterol	☐	☐	11. Mental Illness/Emotional Disorders
☐	☐	5. Autoimmune Disease	☐	☐	12. Chronic Kidney Disease
☐	☐	6. Lung Disease	☐	☐	13. Other
☐	☐	7. Infertility			

If yes to any of the above, please explain:

C. GYNECOLOGICAL HISTORY

1. Menstrual history: At what age did you have your first period? _____ How often do you have your period? _____
How many days does your bleeding last? _____ Do you have any concerns about your periods? _____
2. Any history of gynecologic conditions such as endometriosis, fibroids, ovarian cysts, chronic pelvic pain, polycystic ovarian syndrome, infertility, etc.? _____
3. Breast problems such as cysts, tumors, discharge, biopsies, or surgeries? _____
4. Date of last Mammogram _____
5. Date of last Pap test _____ History of any abnormal Pap tests? ☐ Yes ☐ No If yes, in what year, what results, and what was done? _____
6. Past birth control methods used: ☐ OCP (type) _____ ☐ Depo ☐ Condoms ☐ BTL ☐ Patch
☐ Ring ☐ Implant ☐ IUD ☐ FABM ☐ Other ☐ None
Concerns or problems with past methods? _____

D. Obstetrical History

1. Gravida _____ # Carried to term _____ # Preterm _____ #Abortion/Miscarriage <20 weeks _____ #Living _____

E. SOCIAL/ENVIRONMENTAL HISTORY

1. Do you currently use tobacco, including cigarettes, smokeless tobacco, electronic devices, or other products?

☐ Yes ☐ No If yes, what type? _____ How long? _____

2. Drink alcohol?

☐ Yes ☐ No If yes, how much? _____ How long? _____

3. Use recreational drugs?

☐ Yes ☐ No If yes, what type? _____ How often? _____

4. Are you regularly around someone else who uses alcohol, tobacco, electronic nicotine devices or recreational drugs?

☐ Yes ☐ No If yes, what do they use? _____ How often? _____

F. IMMUNIZATION ASSESSMENT PER CDC ACIP GUIDELINES (UTD = up-to-date; REF = referred, and NA = not applicable)

Td/Tdap ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	MMR ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Varicella ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	HPV ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Hepatitis A ☐ UTD ☐ REF ☐ NA
Hepatitis B ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Meningococcal ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Pneumonia ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Influenza ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	

Source of Information: ☐ NCIR ☐ Patient ☐ Other Written Documentation

Interviewer's Signature: _____ Date: _____

Signature of Interpreter (if used): _____ Date: _____

CONFIDENTIAL

North Carolina Department of Health and Human Services
Division of Public Health
Reproductive Health Section

Place Patient Label Here

**BIOLOGICAL MALE
REPRODUCTIVE HEALTH
HISTORY**

Date: _____

A. GENERAL INFORMATION

1. May we contact you by mail? ☐ Yes ☐ No By phone? ☐ Yes ☐ No Your phone number is _____
2. Do you have a primary care provider? ☐ Yes ☐ No If yes, who? _____
If No a referral to a primary care provider is offered ☐ Yes ☐ No
3. Hearing, visual, language and/or physical accommodation needs/Primary Language(s) _____
4. Highest grade completed in school _____

B. MEDICAL HISTORY, HOSPITALIZATIONS, MEDICATIONS

1. List hospitalizations, surgeries and dates: _____
2. Medications: Do you currently take any medications (prescription or over the counter), diet or herbal supplements? ☐ Yes ☐ No If yes, what? _____
3. Self and Family Medical History: Put an **X** under **SELF** and/or **X** under **FAMILY** (parent, grandparent, brother, sister or your child)

SELF	FAMILY		SELF	FAMILY	
☐	☐	1. Heart disease/vascular problems (blood clots)	☐	☐	7. Liver Disease
☐	☐	2. Sickle Cell Disease or Trait/Blood Disorder	☐	☐	8. Migraine Headache (with aura)
☐	☐	3. Diabetes	☐	☐	9. Cancer
☐	☐	4. High Blood Pressure /High cholesterol	☐	☐	10. Mental Illness/Emotional Disorders
☐	☐	5. Lung Disease	☐	☐	11. Other
☐	☐	6. Infertility			
If yes to any of the above, please explain:					

C. SOCIAL/ENVIRONMENTAL HISTORY

1. Do you currently use tobacco, including cigarettes, smokeless tobacco, electronic devices, or other products?
☐ Yes ☐ No If yes, what type? _____ How long? _____
2. Drink alcohol? ☐ Yes ☐ No If yes, how much? _____ How long? _____
3. Use recreational drugs? ☐ Yes ☐ No If yes, what type? _____ How often? _____
4. Are you regularly around someone else who uses alcohol, tobacco, electronic nicotine devices or recreational drugs?
☐ Yes ☐ No If yes, what do they use? _____ How often? _____

D. IMMUNIZATION ASSESSMENT PER CDC ACIP GUIDELINES (UTD = up-to-date; REF = referred, and NA = not applicable)

Td/Tdap ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	MMR ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Varicella ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	HPV ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Hepatitis A ☐ UTD ☐ REF ☐ NA
Hepatitis B ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Meningococcal ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Pneumonia ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	Influenza ☐ UTD ☐ REF ☐ NA	

Source of Information: ☐ NCIR ☐ Patient ☐ Other Written Documentation

Interviewer's Signature: _____ Date: _____

Signature of Interpreter (if used): _____ Date: _____