

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?: _____	
<u>CHILD'S HEALTH HISTORY</u>		<u>BIOLOGICAL FAMILY HEALTH HISTORY</u>	
Has the child ever had: 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: 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/ Soplo 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></td> <td></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/ Soplo 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			/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: <table border="0"> <tr> <td>Perdida de la Audición en la Infancia</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>¿Quién? _____</td> </tr> <tr> <td>Alergias nasales</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad del Pulmones</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad del Corazón</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Alta Presión Sanguínea/Ataque cerebral</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Colesterol Alto/Toma Medicina para el Colesterol</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell)</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Caries Dentales</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad del Hígado/Hepatitis</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de los Riñones</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Diabetes (azúcar en la sangre)</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Epilepsia/Convulsiones</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Abuso de Alcohol/Drogas</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad Mental/Depresión</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Retraso en el Desarrollo/Discapacitado</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas Inmunológicos /VIH o SIDA</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Otro historial familiar:</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Perdida de la Audición en la Infancia	No	Sí	¿Quién? _____	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	_____
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/ Soplo 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																																																																																																																																																																																																																
/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																																																																																																																																																																																																														
Perdida de la Audición en la Infancia	No	Sí	¿Quién? _____																																																																																																																																																																																																													
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:																																																																																																																																																																																																														

Directions for use of the Child Health Initial History Form

The new Child Health Program Initial History form is available for implementation beginning August 1, 2012 in conjunction with the Bright Futures Tool and Resource Kit forms. The form is available for download and printing at <http://ncdhhs.gov/dph/wch/lhd/cyforms.htm>.

Background

This form is made available by the Child Health Program based on feedback from local agencies regarding the length, organization, and difficulty with local health department clients using the Initial History Questionnaire form provided in the Bright Futures Tool and Resource Kit. Agencies may use the new Child Health Program Initial History form or continue to use the Initial History Questionnaire Form in the Bright Futures Tool and Resource Kit. Local policies must indicate which form that the agency is using, the date of implementation if using the new form, and quality assurance processes to assure the chosen form is used consistently and in the manner specified in the policy and procedure.

The Bright Futures (BF) Pilot agencies have tested the form and provided feedback for revisions to the final document. The form has been designed for completion by the parent or teen with English and Spanish versions on the same form to allow efficient review by clinicians who do not speak Spanish. The Spanish version has been reviewed by Branch staff for accuracy.

Implementation

The agency must establish a date for implementation and begin using the form with new patient visits. Children who have a Bright Futures Initial History Questionnaire form in the chart do not require a new form. **This means that if there is already a BF Initial History Questionnaire form in the chart, you do not need to complete and replace it with a new Child Health Program Initial History Form.**

We have tried to format the form to allow for placement of a sticker in the top right hand corner. In some instances the label used in the agency may cover the date of birth and sex of the child, however, this information is on the label. There is room for brief notes by the clinician if clarification or comment is needed for any of the answers provided by the parent or youth on the Initial History form. At future visits when updates are needed to the Initial History, the Child Health Program recommends use of the Updates to the Initial History form which is available at <http://ncdhhs.gov/dph/wch/lhd/cyforms.htm>.

Local policy must establish the form that is used, and include guidance about completion and the accountability for review and use of the data in the overall assessment of the child or youth.

Quality Assurance

The Health Check Billing Guide requires a comprehensive health history on the initial visit with updates at subsequent visits. To meet this requirement, the Child Health Program provides the following guidance.

- **An Initial History form must be completed once on all clients.** The Initial History assesses the biological family medical history, the child's medical and social history. The Initial History also assesses for the presence of issues related to several body systems (i.e., recurrent ear infections, frequent headaches).
- **A documentation of a review (and update if indicated) of the Initial History form must be done at each visit.** Documentation must indicate that there are no changes since the last visit OR indicate the specific changes in the child's medical history, social or family history, and review of systems information. An update to the review of systems information includes reviewing the questions asked in the Initial History about body systems (i.e., headaches, vision or hearing problems) AND addressing the information in the review of systems section (for children under 11 years of age) or HEADSSS section (for children 11 years of age and older) on the Bright Futures Visit Documentation form. The information on the pre-visit questionnaire must also be reviewed and used to help with documenting additional concerns, questions or changes provided by the person completing the form in the medical, social, or family history and any additional issues that are related to the review of systems information for infant, child or adolescent. The Child Health Program has made available an Updates to the Initial History form that may be used to document changes to the Initial History at subsequent visits.