



Child Medical History (I-693)

Child Name / Nombre del niño: Historial Médico del Niño (I-693)

Medical History / Historial Médico

Has your child ever had any of the following? / ¿Su hijo(a) ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Yes / Sí No

TB or positive TB test / TB o prueba positiva de TB
Close contact with someone with TB / Contacto cercano con alguien con TB
Asthma or breathing problems / Asma o problemas respiratorios
Hospitalizations or surgeries / Hospitalizaciones o cirugías
Seizures / Convulsiones
Developmental delays / Retrasos en el desarrollo
Behavioral or mental health concerns / Problemas de conducta o salud mental
Long-term medical conditions / Condiciones médicas a largo plazo
None of the above / Ninguna de las anteriores
If yes, please explain / Si respondió sí, explique:

Vaccination History / Historial de Vacunas

Up to date on vaccines? Yes / Sí No
Any vaccine reactions? Yes / Sí No

Please send a photo of the vaccination record / Envíe una foto del registro de vacunas

Medications / Medicamentos

List medications / Liste los medicamentos:

None / Ninguno

Child Medical History (I-693)

Historial Médico del Niño (I-693)

Drug Allergies ONLY / Alergias a Medicamentos SOLAMENTE

List medication allergies / Liste alergias a medicamentos:

No known drug allergies / Sin alergias conocidas a medicamentos

TB Screening / Evaluación de TB

Lived or traveled outside the U.S.? Yes / Sí No

Long cough, fever, or weight loss? Yes / Sí No