



## HISTORIAL DEL PACIENTE: ADOLESCENTES

En un esfuerzo para servirle mejor, solicitamos que usted nos proporcione la siguiente información. Necesitamos esta información para brindarle la mejor atención y tratamiento posible. Toda la información es estrictamente confidencial y se divulgará únicamente con su autorización por escrito.

Nro. de expediente médico

Fecha:

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Edad	Género: Masculino      Femenino		Médico de atención primaria
Alergias: Ninguno <input type="checkbox"/>			Medicamentos: Ninguno <input type="checkbox"/>		
Por favor enumere alergias y tipos de reacción (por favor incluya alergias a medicamentos, al ambiente y a alimentos)			Por favor enumere todos los medicamentos que toma su hijo y las dosis (incluyendo los medicamentos de venta libre)		
Artículo		Reacción	Medicamento e intensidad		Dosis
<b>Inmunizaciones (vacunas):</b>		Sí	No	<b>Historial familiar:</b>	
¿Fue su última vacuna contra el tétano hace más de 10 años?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
¿Ha tenido un refuerzo (inyección) de la varicela?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiacas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
¿Ha tenido una vacuna de refuerzo contra el MMR?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
<b>Otras preguntas:</b>		Sí	No	Diabetes	
¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____	
Último período Menstrual _____					
<b>Enfermedad/Lesión:</b> Por favor verifique si alguna vez tuvo:					
		Sí	No	Sí	
				No	
Asma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculos Biliar (IG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Huesos rotos (Fracturas): _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón (Cardio) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Varicela		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (Infec) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tensión arterial alta (Cardio) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Historial de soplo cardiaco		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculos renales (GU) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
-----				Problemas pulmonares (Pulmonar) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ansiedad/Depresión (Psico)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera péptica (IG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Transfusión de sangre (Hematología)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado rectal (IG ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cáncer (Neoplástico)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV (Neuro) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dolor o sensación de opresión en el pecho (Cardio)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la tiroides (Metabólicos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Diverticulitis (IG)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia amarilla (Hematología) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ADD / ADHD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Cirugía u hospitalizaciones:</b> Enumere la fecha y el tipo de operaciones que haya tenido.					
Año	Operación o la razón de la hospitalización				



## AVISO ESPECIAL PARA LOS PADRES

Más de la mitad de todos los adolescentes son sexualmente activos, y una gran cantidad fuma, experimenta con el alcohol y drogas, y sufre abuso de algún tipo u otro. Los adolescentes también tienden a deprimirse fácilmente, y son uno de los grupos de riesgo más altos de suicidio en los EE.UU.

Como medida de medicina preventiva, nos gustaría que su hijo o hija llenara un cuestionario abordando estos temas. La información es confidencial y no puede ser compartido con los padres a menos que su hijo(a) está de acuerdo en hacerlo. Nuestro asesoramiento abordará estos temas, con énfasis en la abstinencia y recomendaciones de compartir las inquietudes con los padres.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO: Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo o hija llene la siguiente información en privado. También soy consciente que la información y los tratamientos o medicamentos (por ejemplo, control de natalidad) es confidencial y no puede ser compartido conmigo, a menos que mi hijo(a) conceda tal permiso.

Nombre del padre o madre en imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

A ser completado por el paciente:

<b><u>Nutrición:</u></b>	Sí	No
1. ¿Ha experimentado aumento o pérdida de peso inesperado en los últimos meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha comido en secreto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿No está conforme o está preocupado por sus patrones de alimentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene un problema de peso que desea tratar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Bebe 3 vasos de leche al día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Información confidencial:</u></b>		
1. ¿Actualmente está o alguna vez ha fumado o mascado, aspirado tabaco? ¿Es usted un fumador actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia: <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Desconoce la frecuencia <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> No sabe si fumó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Bebe alcohol? ¿Alguna vez ha pensado en dejar su hábito de beber? ¿Alguna vez se ha sentido molesto por la crítica de los demás sobre sus hábitos de beber? ¿Alguna vez se ha sentido culpable por beber? ¿Toma un trago primera hora en la mañana?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. ¿Actualmente consume o alguna vez ha consumido drogas (marihuana, cocaína, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Experimenta ansiedad, depresión, u otro problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha pensado en suicidarse o lastimar a otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido sexual o físicamente abusado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sido sexualmente activo(a) con un miembro del mismo sexo u opuesto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido más de un compañero sexual en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está usted interesado(a) en el control de natalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, clamidia, verrugas genitales, SIDA, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HISTORIAL DEL PACIENTE: ADOLESCENTES (Continuación)**

11. ¿Le preocupa que pueda tener SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le gustaría una "ejercicio de receta médica"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Tiene problemas de audición o para entender las conversaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proveedor que revisó: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_