The CHILDREN'S HEALTH PLACE

# 11-18 años

## HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE NUEVO

Nombre del paciente:_____Apellido del paciente:_____

Fecha de nacimiento_____Edad_____Masculino/Feminino

## HISTORIA SOCIAL

Nombre de madre:_____Nombre de padre:_____

Ocupación de madre:_____Ocupación de padre:_____

Es el niño/a suyo por ◯ Nacimiento ◯ Hijastro/a ◯ Foster ◯ Adopción ◯ Otro _____

Los padres del paciente están: ◯ Casados ◯ Separados ◯ Divorciados ◯ Otro

Quién vive en su hogar? ◯ Mamà ◯ Papá ◯ Padrastro/Madrastra ◯ Abuelos ◯ Hermanos #_____ ◯ Otro

Educación: Grado:_____ ◯ Escuela en casa

Nombre de Escuela:_____

Algún miembro del hogar fuma, vapea o usa cigarillos electrónicos? Sí No

## DESARROLLO Y NUTRICIÓN

| Cuántas horas al dia su hijo/a (fuera de la escuela)? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ve la televisión | | Juega videojuegos | | Practica deportes (por semana) | |
| Hace ejercicio/juega afuera | | Usa computadora o tableta | | Leer un libro | |

Tiene su hijo/a alguna restricción alimentaria? Sí No

Si, si por favor explique? _____

Tu hijo/a tiene una hora regular de acostarse a dormir? Sí No

A que hora? _____

Tu hijo/a toma caféina? Sí No

Si, Si aproximadamente cuanto por dia?

_____

Su hija ha comenzado su ciclo menstrual? Sí No

Si, Si a que edad?_____

Tu hijo/a conduce un vehículo? Sí No

Está su hijo/a en alguna terapia? Sí No

Si, Si explique, que tipo de terapía:_____

_____

## MEDICAMENTOS

Alergias a medicamentos? (descripción de reacciones):_____

Medicamentos actuales y dosis:_____

Indique cualquier vitamina, suplementos or medicamento de venta libre:_____

## HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Alguna vez su hijo/a ha sido tratado o diagnosticado: (explique)

- ○ Asma o enfermedad reactiva de vías respiratorias_____
- ○ Alergias estacionales o eccema_____
- ○ Alergia a alimentos_____
- ○ Infección de oído recurrente. Cuanto?_____
- ○ Neumonia_____
- ○ Infección del tracto urinario (UTI)_____
- ○ Síndrome genetico_____
- ○ Convulsiones_____
- ○ Anemia_____
- ○ Hueso roto_____
- ○ Retraso del desarrollo/discapacidad de aprendizaje_____
- ○ Salud mental/Preocupaciones de comportamiento_____
- ○ Pobre aumento de peso_____
- ○ Conmoción cerebral. Cuántas?_____Mas reciente?_____
- ○ Reflujo ácido_____
- ○ Constipación_____
- ○ Cáncer/trastornos de la sangre_____
- ○ Otra condiciones médicas cronicas_____

Cualquier cirugía o procedimientos medicos ?_____

## HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA

(OdM/AdM=Abuelo/a de Madre | OdP/AdP=Abuelo/a de Padre)

Alguien en su familia tiene o tuvo las siguientes condiciones:

| Condición | Madre | Padre | Hermanos | Abuelos (Sí Abuelos, qual?) |
|---|---|---|---|---|
| Asma | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Anemia | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Desorden en la sangre | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Cáncer | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Caridopatia/infarto de miocárdio | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Colesterol alto | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Alta presión | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Derrame cerebral | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Diabetes | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Enfermedad de la tiroides | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Nefropatia | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Convulsiones | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Migrañas | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Depresión/ansiedad | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Alcoholismo | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| TDAH | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |
| Reacción adversa a la anestesia | ○ | ○ | ○ | ○ OdM AdM OdP AdP |

Por favor explique todo lo positivo: _____

Otro, explique por favor:_____

A su familia le gustaría recibir ayuda o recursos con respecto a:

Seguridad alimentaria | Vivienda | Transporte | Educación/escuela | Services de salud condoctual/salud mental para niños or padres/guardián