

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL -ADOLESCENTE (10 a 17 años)

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Apellido Primer Nombre Medio Nombre

Forma llenada por: Yo mismo(a) Padre/Madre Otro: _____

¿Cuál es la razón principal de su visita a nuestro Centro de Salud hoy?

Alergias: ¿Tienes algunas de las alergias siguientes? (Por favor elija todo lo que aplique)

- Sulfa Penicilina Tetraciclina Aspirina Codeína Látex Polen
 Gatos Perros Molde Polvo Abejas Soya Trigo
 Mariscos Pescado Cacahuets Huevos Leche
 Otro _____

Medicamentos: Escriba todos los medicamentos, medicamentos de venta libre, vitaminas, u otros suplementos que esté tomando su hijo(a)

Nombre del Medicamento/u de los Suplementos	Potencia	Frecuencia Tomado

Condiciones Médicas: ¿Actualmente tiene un historial de lo siguiente? (Por favor seleccione todo lo que aplique).

- Asma Diabetes Cáncer Neumonía
 Depresión/Ansiedad Infecciones crónicas del oído Problemas Digestivos Trastorno de la tiroides
 Alergias Enfermedad de los riñones Trastornos de la piel Faringitis estreptocócica

Cirugías / Hospitalizaciones: ¿Ha tenido algunas de las siguientes cirugías? (Por favor seleccione todo lo que aplique)

Lista de cirugías / hospitalizaciones aquí:

Historial de Inmunizaciones: ¿Ha tenido su hijo(a) algunas de las siguientes vacunas y/o enfermedades? (Por favor seleccione todo lo que aplique)

- Varicela Sarampión Paperas Rubéola
 Rotavirus Polio Hepatitis B Hepatitis A

- Hib Neumocócica Influenza VPH
 Meningocólicas Difteria tétanos y tos ferina (DTaP / Tdap)
 Otro: _____

Fecha del último examen dental (si aplicable):		
Fecha del último examen de vista (si aplicable):		
¿Estas experimentando problemas auditivos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Historial Familiar: ¿Tiene una historial de lo siguiente en su familia? (Marque con "X" las cajas que apliquen para usted).

Condición Médica	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela Maternal	Abuela Paternal	Abuelo Maternal	Abuelo Paternal	Hermana de su Madre	Hermano de su Madre	Hermana de su Padre	Hermano de su Padre
Alcohol y Drogas / Adicciones												
Autismo Trastorno del Espectro												
Asma												
Cáncer												
Enfermedad Cardíaca												
Depresión												
Diabetes												
Colesterol Alto												
Alta Presión Arterial												
Enfermedad de los Riñones												
Enfermedad Mental												
Apoplejía												
Problemas de la Vista												

Historial Social: Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su historial social:

¿Quién vive en el hogar? :			
¿En el año pasado, se ha preocupado que se le va acabar la comida antes de que tenga el dinero para comprar más?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Vive con alguien que usa tabaco o pasas tiempo en lugares en donde la gente fuma?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
¿Fumas cigarrillos?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha tomado una bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha usado marihuana o alguna otra droga para endrogarse?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha tenido sexo (relaciones sexuales o sexo oral)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
¿Qué tipo de parejas sexuales ha tenido (si aplicable)	<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Ambos

¿Cuál es el método anticonceptivo que usa actualmente? (Por favor seleccione todo lo que aplique):

- Ninguno Abstinencia Capuchón cervical Condón Dispositivo Intrauterinos
 Píldora Parche Implante Inyección Espermicidas Anillo vaginal
 Coitus Interruptus (eyacuación fuera de la vagina) Diafragma

Revisión de Sistemas: Por favor circule: S= Sí, condición presente. N=No, nunca tuvo la condición.**Constitucional**

Fiebre S N Resfriado S N Pérdida de peso S N
 Malestar/Fatiga S N Sudor S N Debilidad S N

Piel

Sarpullido S N Comezón S N Cambios de color S N

Cabeza, Oídos, Ojos, Nariz, Garganta

Jaqueca S N Zumbido de oídos S N Hemorragias Nasales S N
 Dolor de oído S N Secreción de oído S N Congestión S N
 Ardor de Garganta S N Migrañas S N

Ojos

Visión borrosa S N Doble visión S N Sensibilidad a la luz S N
 Dolor del ojo S N Secreción de los ojos S N Enrojecimiento de los ojos S N

Cardiovascular

Dolor del pecho S N Palpitaciones S N Falta de aliento al acostarse S N
 Baja/alta presión arterial S N

Respiratoria

Toz S N Tosiendo Sangre S N Producción de flema S N
 Dificultad al respirar S N Sibilancias / Jadear S N Asma S N

Gastrointestinal

Acidez	S	N	Náusea	S	N	Vómitos	S	N
Dolor abdominal	S	N	Diarrea	S	N	Constipación	S	N
Sangre en la heces	S	N	Heces negras	S	N			

¿Cuántos excrementos al día? _____

Genitourinario

Dolor al orinar	S	N	Urgencia	S	N	Frecuencia	S	N
Sangre en la orina	S	N	Dolor lateral	S	N	Incontinencia	S	N
Infecciones frecuentes	S	N	Mojar la cama	S	N			

Reproductivo Masculino

Hernias	S	N	Masas testiculares	S	N
---------	---	---	--------------------	---	---

Reproductivo Femenino

Edad de la primera regla _____ Duración de la regla _____
 ¿Alguna vez haz estado embarazada? _____

Musculoesquelético

Dolor Muscular	S	N	Dolor del Cuello	S	N	Dolor de la Espalda	S	N
Dolor de las articulaciones	S	N	Caídas	S	N	Espasmos Musculares	S	N

Endocrino/Alergias

Sed Excesiva	S	N	Alergias medio ambientales	S	N			
Sangra con facilidad o recibe moretones fácilmente				S	N	Intolerancia al frio	S	N
Hambre Excesiva	S	N	Intolerancia al Calor	S	N			

Diabetes _____ Problemas de la Tiroides _____

Neurológico

Mareos	S	N	Hormigueo	S	N	Temblor	S	N
Cambios Sensoriales	S	N	Cambios a la manera de hablar				S	N
Convulsiones	S	N	Desmayo	S	N	Entumecimiento	S	N
Parálisis	S	N						

Emocional (Psiquiátrico)

Depresión	S	N	Ideas de suicidio	S	N	Abuso de Sustancias	S	N
Alucinaciones	S	N	Nervioso(a)/Ansioso(a)	S	N	Insomnio	S	N
Perdida de la Memoria	S	N	Cambios de Humor	S	N	Tensión/Estrés	S	N
Cortarse / Autolesionarse	S	N						