

## **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)**

- |                                     |                                     |                                       |                                   |                                  |                                |                                |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sulfa      | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Polen |
| <input type="checkbox"/> Gatos      | <input type="checkbox"/> Perros     | <input type="checkbox"/> Molde        | <input type="checkbox"/> Polvo    | <input type="checkbox"/> Abejas  | <input type="checkbox"/> Soya  | <input type="checkbox"/> Trigo |
| <input type="checkbox"/> Mariscos   | <input type="checkbox"/> Pescado    | <input type="checkbox"/> Cacahuets    | <input type="checkbox"/> Huevos   | <input type="checkbox"/> Leche   |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 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).**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma               | <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Neumonía                  |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos  | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides  |
| <input type="checkbox"/> Alergias           | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones     | <input type="checkbox"/> Trastornos de la piel | <input type="checkbox"/> 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)**

- |                                    |                                    |                                      |                                      |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Varicela  | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Paperas     | <input type="checkbox"/> Rubéola     |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Polio     | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> 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												

Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)

1. Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/> casi todo los días <input type="checkbox"/> ms de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Ningún día
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="checkbox"/> casi todo los días <input type="checkbox"/> ms de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Ningún día

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

<b>¿Quien vive en el hogar? :</b>			
¿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 (eyaculación 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						