

PUGET SOUND NEIGHBORHOOD HEALTH CENTERS
Programa del centro de salud con base en la escuela
Formulario de Historial Médico para Adolescentes

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de llenado del formulario _____
 Firma de la persona que llena el formulario _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

¿Ha tenido algunos de los siguientes?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Ictericia) | <input type="checkbox"/> Accidente grave |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Lesiones en la rodilla o tobillo | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Incapacidad de aprendizaje/DDA | <input type="checkbox"/> Afección de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problema mental/emocional | <input type="checkbox"/> Infección en las vías urinarias |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza/cuello | <input type="checkbox"/> Prueba cutánea positiva de tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Hueso(s) roto(s) | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Ataque epiléptico | |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades, operaciones, hospitalizaciones, lesiones o condiciones importantes (describa y mencione el año) | | | |

¿Está usted preocupado(a) por su adolescente con respecto a los siguientes temas?

- | | | | | | |
|------------------------|---|----------------------------|---|--|---|
| › Rendimiento escolar | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | › Alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | › Viajar con conductores bajo influencia | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no |
| › Amistades/relaciones | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | › Dieta/peso | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | › Fumar cigarrillos | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no |
| › Comunicación | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | › Autoestima | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | › Mastigar tabaco | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no |
| › Disciplina | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | › Conducta o salud sexual | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | › Salud en general | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no |
| › Humor variable | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | › Conducir bajo influencia | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | | |

¿Han habido tensiones nerviosas o cambios significativos en la familia recientemente? sí no Si la respuesta es sí, por favor explique _____

¿Necesita atención inmediata por parte del consejero de salud mental o enfermera practicante? sí no Si la respuesta es sí, por favor explique _____

¿Ha tenido exámenes físicos en los últimos 2 años? sí no ¿Ha visitado al dentista en los últimos 2 años? sí no

¿Es alérgico a algún medicamento? sí no Si la respuesta es sí, por favor explique _____

MEDICAMENTOS Ninguno

Incluya píldoras anticonceptivas y artículos no recetados tales como vitaminas, medicamentos para el dolor, laxantes, aspirina y hierbas.

<u>Medicamento/Fármaco</u>	<u>Dosis</u>	<u>Razón</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HISTORIAL DE INMUNIZACIONES

¿Ha recibido una inyección de refuerzo para el tétanos en los últimos 10 años? sí no

• Si la respuesta es sí ¿en qué año? _____

¿Ha recibido la serie de 3 vacunas de la hepatitis B? sí no

¿Ha recibido la serie de 2 vacunas de la hepatitis A? sí no

¿Ha tenido varicela o ha recibido la vacuna? sí no

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Con quién vive el estudiante? (Por favor especifique el vínculo con dichas personas) _____

¿Cuántos hermanos tiene? _____ ¿hermanas? _____ ¿Es adoptado(a)? sí no

Para cada enfermedad que se menciona a continuación, por favor díganos si algún miembro de la familia (abuelo(a), padre/madre, tío(a), hermano(a)) ha tenido la enfermedad.

- | | <u>NO</u> | <u>SÍ</u> | <u>Si la respuesta es sí, ¿quién?</u> | | <u>NO</u> | <u>SÍ</u> | <u>Si la respuesta es sí, ¿quién?</u> |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| › Problemas de alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | › Ataque al corazón antes de los 55 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| › Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | › Colesterol alto con la necesidad de medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| › Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | › Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| › Otro cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | › Accidente cerebro vascular antes de los 55 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Detalle el tipo | | | | › Muerte repentina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| › Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | › Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| › Problemas con drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | | | |

Otras enfermedades o condiciones (explique) _____

Por favor continúe en la siguiente página ➔

FOR CLINIC USE ONLY

Reviewer/Date _____

Reviewer/Date _____

Reviewer/Date _____