

ATENCIÓN PRIMARIA ANTECEDENTES MÉDICOS DE NIÑOS-ADOLESCENTES

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Edad:		<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Femenino	
Proveedor médico actual:					Motivo de la transferencia de atención:				
SALUD ACTUAL									
Problemas médicos actuales:									
MEDICAMENTOS: Mencione TODOS los medicamentos que esté tomando, incluidas las vitaminas, las hierbas, los remedios caseros.									
Nombre del medicamento			Concentración (mg)		Instrucciones		Motivo por que lo toma		
ALERGIAS: o reacciones a medicamentos, entorno, animales, alimentos, etcétera.									
Alergia					Síntomas o reacciones				

DENTAL: ¿El niño ha ido al dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, fecha de la última visita:									
Nombre del proveedor dental:					Frecuencia de las visitas:				
El niño se ha colocado selladores dentales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro Si la respuesta es sí, cuándo:									

VACUNAS: Traiga la cartilla de vacunación de su hijo (si la recibió fuera de Oregón)									
¿Está actualizada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro Reacciones a vacunas anteriores (si las hay):									
CUESTIONARIO DE SALUD PARA ADOLESCENTES (para mayores de 12 años) Haga que el PACIENTE responda a las preguntas.									
¿Consume tabaco o nicotina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En el pasado Qué tipo:									
En los últimos 12 meses , ¿ha hecho algo de lo siguiente?									
Beber alcohol (más que algunos sorbos) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
Fumar marihuana o hachís <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
Consumir algo más para drogarse <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿ ALGUNA VEZ ha hecho lo siguiente?									
¿Alguna vez ha viajado en un coche conducido por alguien (incluido usted mismo) bajo el efecto de alguna droga o alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Alguna vez has consumido alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Alguna vez ha consumido alcohol o drogas cuando está solo o sola? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Alguna vez se ha olvidado de las cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Su familia o amigos le dicen alguna vez que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Se ha metido alguna vez en problemas mientras consumías alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
Durante las últimas 2 semanas, ¿ha sentido poco interés o placer por hacer cosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Describa cualquier problema médico importante (asma, convulsiones, problemas cardíacos, diabetes, etc.):	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Hospitalizaciones/Cirugías (incluya el año):	
_____	_____
_____	_____
Huesos rotos o esguinces graves (incluya la zona del cuerpo):	
_____	_____
Pacientes mujeres: (Si procede)	
Edad de inicio del período menstrual:	Primer día del último período:
¿Es activa sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nunca tuve relaciones sexuales Métodos de anticoncepción:	
Enfermedades infecciosas: Ha tenido su hijo alguna de las siguientes enfermedades:	
<input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tos ferina (tos convulsa) <input type="checkbox"/> Otros (especifique)	

EMBARAZO Y NACIMIENTO		
Dónde nació su hijo:		
¿Es el niño está a su cargo por: <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro:		
Peso al nacer:	Longitud:	Prematuro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, con qué antelación:
Parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Si la respuesta es cesárea, ¿por qué?		
Problemas médicos durante el embarazo:		
Problemas médicos durante el período de recién nacido del niño:		
ANTECEDENTES FAMILIARES/SOCIALES		
¿Quién vive en casa?		
Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Escuela del niño:		Grado:
¿Tiene mascotas en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, mencione cuáles:		
¿Alguien en casa fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién?		<input type="checkbox"/> Dentro <input type="checkbox"/> Fuera <input type="checkbox"/> En el automóvil
Enumere los deportes o los pasatiempos:		

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Indique con una X los familiares que han tenido alguna de las siguientes afecciones:

Afección	Madre	Padre	Hermana	Hermano	de la madre Madre	de la madre Padre	de la madre Hermana	de la madre Hermano	del padre Madre	del padre Padre	del padre Hermana	del padre Hermano
Alcoholismo	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anginas	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos de nacimiento	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hemorrágica	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de mama	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de cuello de la matriz	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad coronaria	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de colon	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del crecimiento/ desarrollo	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de los riñones	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de pulmón	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades pulmonares/ respiratorias	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melanoma/Cáncer de piel	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de ovarios	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psiquiátrica	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias graves	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer uterino	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos relacionados al peso	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro tipo de cáncer	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas médicos	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tiene/no conoce los antecedentes familiares	<input type="checkbox"/>											

Solo para uso oficial
Revisar por el Proveedor (firma): _____ Fecha: _____