



Historial Médico (Pediátrico)

Nombre: _____

Fecha: _____

Razón de la consulta hoy: _____

Otras preocupaciones: _____

Apunte sus medicinas y suplementos (Vitaminas)

No tomo medicamentos

Nombre y fuerza

Razón por la cual lo toma

Frecuencia

Farmacia: _____

ALERGIAS: No tengo

ALERGIA

REACCION

VACUNACION:

¿Todas las vacunas fueron completas en Oregón?

SI

NO

¿Si no, en qué estado recibió las vacunas? _____ Por favor entregue copias de las

vacunas que ha recibido en otro estado para agregarlas en la base de datos del estado de Oregón.

¿Todas las vacunas están al corriente?

SI

NO

Fecha de su ultimo examen físico: _____

MUJERES SOLAMENTE: Día de su última menstruación: _____ (no menstruo)

Edad de primer periodo menstrual: _____ Problemas con su regla SI NO (Pesado irregular doloroso)

HISTORIAL MEDICO: Alguna vez ha tenido lo siguiente?

NO SI

NO SI

NO SI

ADD/ ADHD

Desorden alimenticio

Problemas Pulmonares

Alergias

Fibromialgia

Problemas Mentales

Anemia

Problemas gastrointestinales

Problemas musculares/
huesos/ articulación

Ansiedad

Gout

Problemas neurológicos

Asma

Lesión de cabeza/conmoción cerebral

Enfermedad genética

Fibrilación arterial

Dolor de cabeza/migraña

Problemas de sangre

Defectos de nacimiento

Problemas de corazón

Problemas de próstata

COPD

Ataque al corazón

Embolia Pulmonar

Cáncer (Tipo _____)

Hepatitis

GERD/Reflujo

Enfermedad de la arteria coronaria

Colesterol alto

Epilepsia

Depresión

Alta presión

Problemas de piel

Problemas de desarrollo

Hipertiroidismo

Apnea

Diabetes

Hipotiroidismo

Infarto cerebral

Diverticulitis

Problemas con el riñón/vejiga

Problemas de tiroides

Problemas con el oído

Enfermedad hepática

Problema de ojos/visión

Tuberculosis

Problemas específicos: _____

HISTORIAL DE CIRUGIAS:

SURGERY

REASON

YEAR

HISTORIAL FAMILIAR:

RELACION

ESTA VIVO?

EDAD

PROBLEMA DE SALUD

Abuela (Materna)

SI / NO

Cáncer (Tipo

) Problemas de corazón Diabetes Embolia cerebral
 Hipertensión Ataque al corazón Desorden de la sangre

Abuelo (Materno)

SI / NO

Cáncer (Tipo

) Problemas de corazón Diabetes Embolia cerebral
 Hipertensión Ataque al corazón Desorden de la sangre

Abuela (Paterna)

SI / NO

Cáncer (Tipo

) Problemas de corazón Diabetes Embolia cerebral
 Hipertensión Ataque al corazón Desorden de la sangre

Abuelo (Paterno)

SI / NO

Cáncer (Tipo

) Problemas de corazón Diabetes Embolia cerebral
 Hipertensión Ataque al corazón Desorden de la sangre

Padre

SI / NO

Cáncer (Tipo

) Problemas de corazón Diabetes Embolia cerebral
 Hipertensión Ataque al corazón Desorden de la sangre

Madre

SI / NO

Cáncer (Tipo

) Problemas de corazón Diabetes Embolia cerebral
 Hipertensión Ataque al corazón Desorden de la sangre

Hermano/a

SI / NO

Cáncer (Tipo

) Problemas de corazón Diabetes Embolia cerebral
 Hipertensión Ataque al corazón Desorden de la sangre

Hermano/a

SI / NO

Cáncer (Tipo

) Problemas de corazón Diabetes Embolia cerebral
 Hipertensión Ataque al corazón Desorden de la sangre

Otro

SI / NO

Cáncer (Tipo

) Problemas de corazón Diabetes Embolia cerebral
 Hipertensión Ataque al corazón Desorden de la sangre

HISTORIAL SOCIAL:Situación del Hogar (Quien vive en el hogar) Los dos padres Madre Padre Parientes Padres adoptivos Hermanos y edades:

 Otro

Año escolar (circule): Pre-K Kínder 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Colegio

Dieta: Regular Vegetariano Libre de gluten Bajo en carbohidratos Cardíaco Diabético Otro

Cafeína: Nada Ocasional Moderada BastanteNivel de ejercicio: Nada Ocasional Moderada BastantePasa Tiempos/Deportes:

Estrés: Bajo Mediano AltoCambios recientes en la escuela o en el hogar? SI NOCigarrillos: Fumador (cantidad

) Antes fumaba (el día que deje de fumar

) Nunca he fumadoAlguien en el hogar fuma? NO SI (Quien?

)Uso de Alcohol: Bastante (cantidad

) Moderada (cantidad

) Ocasional NuncaMarihuana u otras drogas: Nunca he usado Uso actual (droga

) Diario Semanal Raramente) antes use (droga

 día que deje de usar

)Actividad sexual: Actualmente Antes pero ya no Nunca Método anticonceptivo?

Te gustaría hablar de lo siguiente? Me siento triste o ansiosa Ayuda con alcohol y drogas Dieta y ejercicio Pérdida de peso saludable Dejar de fumar No me siento seguro (acoso) Anticonceptivos o enfermedades venéreas



Historial Pediátrico

Nombre: _____

Día: _____

Si recientemente ha tenido algún problema de estos por favor circule

Constitucional

Aumento de peso excesivo (____ lb), pérdida de peso excesiva (____ lb), pérdida de apetito, fiebre, inquietud, actividad disminuida, fatiga

Ojos

Dolor de ojos, visión borrosa, ojos rojos, comezón en los ojos, hinchazón de ojos, secreción de los ojos

ONBG/ENMT

Dolor de oído, secreción del oído, pérdida de audición, presión en el seno, babeo, hinchazón de la cara, congestión, dolor de garganta, ronquera, mal olor de aliento, lesiones en la boca

Cardiovascular

Dolor de pecho, frecuencia cardíaca rápida

Pecho

Bulto en el pecho, sensibilidad, secreción de los pechos

Respiratorio

Toz, tos que suena como ladrillo, sibilancias, opresión de pecho, dolor al respirar, ruido al respirar, respiración rápida, dificultad al respirar

Gastrointestinal

Dificultad al respirar, dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea, estreñimiento, sangre en el excremento, excremento mucoso

Genitourinario

Secreción, sangre en la orina, dolor al orinar, frecuencia al orinar, urgencia de orinar, dolor en los testículos, hinchazón, área genital roja, comezón, bultos, accidentes de orín en la cama

Musculo Esquelético

Hinchazón de los tejidos blandos, hinchazón de las articulaciones, mialgia, moción limitada, lesiones previas, trauma

Piel

Dolor, comezón, piel seca, descamación, piel roja, erupción, dermatitis del pañal, urticaria, lesiones en la piel, crecimiento en la piel, abultamiento de la piel, moretes, mordeduras de insectos

Neurológico

Entumecimiento, debilidad, hormigueo, quemazón, dolor punzante, dolor de cabeza, mareos, pérdida de conciencia

Psiquiátrico

Depresión, ansiedad, insomnio, estrés, pérdida de interés

Endocrino

Aumento de sed, aumento en tomar líquidos, intolerancia a la temperatura

Alergias/Inmunológicas

Estornudos, Nariz que moquea

Otro:

Nada Aplica

