



# FAMILY HEALTH

A S S O C I A T E S

Derek T. Earl, DO, CIC | Jonas H. Oltman, DO | Patrick B. Johansing, DO | Shara M. Salverda, FNP | Jessica L. Oltman, FNP-C | Dawn R. Headings, FNP-BC  
John R. Adair, PA-C | Maria A. Faeteete, FNP-C | Jodie A. Dolan, FNP-C

## HISTORIAL MEDICA PEDIATRICO (EADAES 0-4)

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para ser completado por el adolescente, padre o guardián. Si el padre o guardián está completando, responda las preguntas sobre el historial. Omite cualquier pregunta cuya respuesta no sepas

**1. El paciente a tenido un reacción alérgica o intolerancia a alguno de los siguientes; (encierre en un círculo todo lo que corresponda)**

Sin alergias Huevos Nueces Látex (guantes de goma) Las picaduras de abeja  
Mariscos Sin intolerancias Medicamentos: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**2. Toma su hijo algún suplemento para la salud, fluoruro, medicamentos (incluidos los no recetados)?**  Sí  No Por favor especifique \_\_\_\_\_

**3. Existen practicas culturales o religiosas que puedan afectar la atención medica de su hijo?**  
 Sí  No Por favor especifique \_\_\_\_\_

**4. Como fue/es alimentado el bebe?**  Seno  Formula

**5. Marque cualquier condición o síntoma que el paciente tenga o haya tenido en la lista a continuación:**

Alergias (estacionales, fiebre de heno causada por el polen, etc.).

Asma

Desorden autoinmune

Desorden de sangre

Problemas urinarios, renales, testiculares

Trastornos de la alimentación (vomita, no come o come demasiado)

Problemas de corazon (incluyendo murmer y resión arterial alta)

Problemas de aprendizaje o necesidades educativas especiales

Caries o dolor/ lesión dental

Mareos, desmayos o enfermedades relacionado con el calor

Dolor de cabeza o migrañas

Lesión en la cabeza, conmoción cerebral o convulsiones

Problemas desde nacimiento/trastornos genéticos

Tipo de cancer: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Hay alguna razón por la que el adolescente no deba o pueda participar en deportes o alguna vez se le haya negado participar por razones médicas?  Sí  No



# FAMILY HEALTH

A S S O C I A T E S

Derek T. Earl, DO, CIC | Jonas H. Oltman, DO | Patrick B. Johansing, DO | Shara M. Salverda, FNP | Jessica L. Oltman, FNP-C | Dawn R. Headings, FNP-BC  
John R. Adair, PA-C | Maria A Faeteete, FNP-C | Jodie A. Dolan, FNP-C

## HISTORIAL MEDICA PEDIATRICO (EADAES 0-4) cont...

- Dolor en el pecho, dificultad para respirar, tos o sibilancias con el ejercicio       Problemas del estomago  
 Huesos rotos? Donde \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_
- Condición de salud mental (TDAH, depresión, o ansiedad, etc.)  
 Desorden del espectro autista  
 Retraso en el desarrollo

6. Su hijo/a ha tenido una cirugía o lesión que le ha provocado estar en el hospital?  Sí  No  
Si marco que si, por favor explique? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE NACIMIENTO

7. En qué país o ciudad nació su hijo/a? \_\_\_\_\_
8. Su hijo/a nació más de un mes antes de lo previsto?  Sí  No
9. Hubo problemas con el embarazo o el parto?  Sí  No
10. La madre fumo o uso drogas o bebió alcohol durante el embarazo, incluso antes de saber que estaba embarazada?  Si  No  
Si marco que si, explique— \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Problemas médicos que pueden dar en familias. Encierre en un círculo a continuación para informarnos sobre cualquier problema de salud que haya tenido su familiar.

### Madre (Biológica): Todavía Vive? Si/ No/ No Se

Ningún problema medica      Diabetes      Problemas del riñón      Problemas de corazon

Accidente de cerebrovascular/coágulos de sangre      Abuso de alcohol/drogas      Alta Presión

Cáncer:      Condiciones de salud mental:  
Tipo \_\_\_\_\_      Depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar

Otro: \_\_\_\_\_



# FAMILY HEALTH

A S S O C I A T E S

Derek T. Earl, DO, CIC | Jonas H. Oltman, DO | Patrick B. Johansing, DO | Shara M. Salverda, FNP | Jessica L. Oltman, FNP-C | Dawn R. Headings, FNP-BC  
John R. Adair, PA-C | Maria A Faeteete, FNP-C | Jodie A. Dolan, FNP-C

## HISTORIAL MEDICA PEDIATRICO (EADAES 0-4) cont...

### Padre (Biológica): Todavía Vive? Si/ No/ No Se

Ningún problema medica      Diabetes      Problemas de corazon

Accidente de cerebrovascular/coágulos de sangre      Abuso de alcohol/drogas      Alta Presión

Cáncer:      Condiciones de salud mental:  
Tipo \_\_\_\_\_ Depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar  
Otro: \_\_\_\_\_

### Hermana/Hermano (Biológico): Todavía vive? Si/ No/ No Se

Ningún problema médico      Diabetes      Problemas de corazon

Accidente de cerebrovascular/coágulos de sangre      Abuso de alcohol/drogas      Alta Presión

Cáncer:      Condiciones de salud mental:  
Tipo \_\_\_\_\_ Depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar  
Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre o Tudor: \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Tudor: \_\_\_\_\_