



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 | Jadie A. Dolan, FNP-C

HISTORIA MEDICA PARA ADOLESCENTES (EADAES 12-18)

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Para ser completado por el adolescente, padre o tutor. Si el padre o tutor est completando, responda las preguntas sobre el historial. Omite cualquier pregunta cuya respuesta no sepa.

1. El paciente a tenido un reacci3n 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. El paciente est tomando algún medicamento recetado o no recetado? S No

Por favor describe _____

3. Existen prácticas culturales o religiosas que puedan afectar la atenci3n médica de su hijo/a?

Sí, Por favor explique _____ No

4. Marque cualquier condici3n o síntoma que el paciente tenga o haya tenido en esta lista:

Alergias (estacionales, fiebre de heno, causado por alergias etc.).

Asma

Desorden autoinmune

Desorden de sangre

Problemas urinarios, renales, testiculares

Trastornos de la alimentaci3n (vomita, no come o come demasiado)

Problemas de Corazon (incluyendo murmer y presi3n arterial alta)

Colesterol

Problemas de aprendizaje o necesidades educativas especiales

Caries o dolor/ lesi3n dental

Mareos, desmayos o enfermedades relacionado con el calor

Dolor de cabeza o migrañas

Lesi3n en la cabeza, conmoci3n cerebral o convulsiones

rganos perdidos o dañados (rin3n, ojo, o testículo, etc.)

Problemas desde nacimiento/trastornos genéticos

Tipo de cancer: _____

Otro: _____

Hay alguna raz3n por la que el adolescente no deba o pueda participar en deportes o alguna vez se le haya negado participar por razones médicas?

S 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 | Jadie A. Dolan, FNP-C

HISTORIA MEDICA PARA ADOLESCENTES (EADAES 12-18) cont.

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

5. El paciente ha tenido cirugías, lesiones impactantes o ha estado en el hospital durante la noche?

Sí No Si marco que si, por favor explique: _____

SALUD BUCAL

6. Va al dentista regularmente (a lo menos una vez por año)? Si No

Cuando fue su última visita: _____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Problemas médicos que pueden dares 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:

Tipo _____

Otro: _____

Condiciones de salud mental:

Depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar

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:

Tipo _____

Otro: _____

Condiciones de salud mental:

Depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar



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 | Jadie A. Dolan, FNP-C

HISTORIA MEDICA PARA ADOLESCENTES (EADAES 12-18) cont.

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

Ningún problema medica Diabetes Problemas de corazón

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

Cáncer: Condiciones de salud mental:

Tipo _____ Depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar

Otro: _____

7. Alguien en su casa fuma? Sí No

PREOCUPACIONES DE SALUD: PADRE/TUTOR PARA COMPLETAR

8. Tiene alguna inquietud sobre la salud o la seguridad de su hijo/a que le gustaría discutir? Sí No

9. Tiene preocupación de que su hijo/a este usando tabaco, alcohol, o drogas? Sí No

10. Tiene inquietudes sobre el trabajo o la asistencia escolar de su hijo? Sí No

11. Su hijo/a parece triste, preocupado, deprimido o expresa sentimientos o comportamientos que parecen fuera de lo normal para alguien de su edad? Sí No

12. En los últimos 12 meses; me preocupaba que nuestra familia se quedara sin comida antes de que yo obtuviera más dinero para comprar más? A Menudo / Ay veces / Nunca / No se

13. En los últimos 12 meses, la comida que compramos simplemente no duro Porque no teníamos dinero para comprar más? A Menudo / Ay veces / Nunca / No se

14. Cuál es su situación de vivienda? Tenemos vivienda permanente / No tenemos vivienda permanente/ Vivimos con otra gente / En la calle o campamento o puente / En albergue/ En vivienda de transición.

Firma del Paciente: _____

Firma del Paciente/Tutor: _____