



# 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 5-11)

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

Para ser completado por el adolescente, padre o tutor. Si el padre o tutor 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. Marque cualquier condición o síntoma que el paciente tenga o haya tenido en la lista a continuación:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Caries o dolor/lesión dental |
| <input type="checkbox"/> Desorden autoinmune  | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza o migrañas   |
| <input type="checkbox"/> Desorden de sangre   | <input type="checkbox"/> Colesterol                   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  | <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer: _____        |
| <input type="checkbox"/> Problemas del estomago   | <input type="checkbox"/> Huesos rotos? Donde _____    |
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista  | <input type="checkbox"/> Problemas con su periodo     |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo   | <input type="checkbox"/> Problemas del estomago       |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza, conmoción cerebral o convulsiones   |   |
| <input type="checkbox"/> Alergias (estacionales, fiebre de heno causada por el polen, etc.).  |   |
| <input type="checkbox"/> Mareos, desmayos o enfermedades relacionado con el calor   |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinarios, renales, testiculares   |   |
| <input type="checkbox"/> Órganos perdidos o dañados (riñón, ojo, o testículo, etc.)   |   |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la alimentación (vomita, no come o come demasiado)   |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazon (incluyendo murmer y presión arterial alta)   |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje o necesidades educativas especiales   |   |
| <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho, dificultad para respirar, tos o sibilancias con el ejercicio tipo _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Condición de salud mental (TDAH, depresión, o ansiedad, etc.)  |   |



# 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

## HISTORIAL MEDICA PEDIATRICO (EADADES 5-11) cont.

4. 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

5. En qué país o ciudad nació su hijo/a? \_\_\_\_\_

6. Su hijo/a nació más de un mes antes de lo previsto?  Sí  No

7. Hubo problemas con el embarazo o el parto?  Sí  No

8. 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:

Tipo \_\_\_\_\_

Condiciones de salud mental:

Depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar

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

**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 \_\_\_\_\_

Condiciones de salud mental:

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 5-11) cont.

**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:** \_\_\_\_\_