

## Historial médico de paciente nuevo - Pediatría 6-17 años

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Problemas médicos actuales (de lo que le gustaría hablar hoy):

\_\_\_\_\_

Indique si usted es alérgico a algún medicamento:

Nombre del medicamento. Reacción

\_\_\_\_\_

Por favor, indique cualquier medicación que usted esté tomando actualmente, incluyendo medicamentos sin receta, suplementos de hierbas o vitaminas:

Nombre del medicamento. Dosis. Indicaciones (con qué frecuencia se le debe dar)

\_\_\_\_\_

### Vacunas

¿Sigue las fechas de vacunación recomendadas por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC)?  Sí  No

Explique si cambia las fechas recomendadas: \_\_\_\_\_

¿Ha estado usted hospitalizado alguna vez?  Sí  No En caso afirmativo, explique a continuación:

\_\_\_\_\_

Por favor, marque con un círculo las cirugías a las que usted se haya sometido:  Corazón  Conductos auditivos

Amígdalas/Adenoides  Apéndice  Circuncisión  Frenulotomía (recorte lingual)  Cirugía ocular

Reparación de hernia, tipo: \_\_\_\_\_  Otros: \_\_\_\_\_

**\*Sólo para jóvenes de 12 a 17 años\*** ¿Quién llena esta parte del formulario?

\_\_\_\_\_ ¿Eres sexualmente activo?  Sí  No En caso afirmativo, número total de

parejas (pasadas y presentes): \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿siempre utilizas condón?  Sí  No

¿Utilizas algún otro método anticonceptivo?  Sí  No

Los periodos menstruales comenzaron a la edad de \_\_\_\_\_ Fecha del último período menstrual \_\_\_\_\_

¿Algún embarazo anterior?  Sí  No

¿Fuma o alguna vez ha fumado tabaco?  Sí  No

¿Cuántos años ha fumado tabaco? \_\_\_\_

¿Consume o ha consumido otras formas de tabaco, como tabaco para mascar?  Sí  No

¿Consume cigarrillos electrónicos (vape)?  Sí  No

# HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Eres adoptado/a?  Sí  No (Si la respuesta es NO, llena la siguiente sección) P=Paterno M=Materno

	Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Hermana	Hermano	Tío	Tía
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)								
Enfermedad de Alzheimer								
Alcoholismo								
Aneurisma								
Ansiedad								
Artritis								
Asma								
Trastorno bipolar								
Trastornos sanguíneos								
Cáncer								
Depresión								
Trastorno del desarrollo								
Diabetes								
Enfisema/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)								
Infarto de miocardio								
Trastorno hereditario								
Colesterol alto								
Hipertensión arterial								
Enfermedad renal								
Enfermedades hepáticas								
Migrañas								
Osteoporosis								
Esquizofrenia								
Convulsiones/Epilepsia								
Cáncer de piel								
Ictus								
Abuso de sustancias								
Muerte súbita cardíaca								
Trastorno tiroideo								

## HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

TDAH o TDA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Endometriosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alcoholismo/Abuso de sustancias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fibromialgia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre del heno	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Gota	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas ginecológicos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Complicaciones de la anestesia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	VIH	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hepatitis C	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta/Hipertensión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bipolar o esquizofrenia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cálculos renales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migrañas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Varicela	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Osteoporosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depresión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Reflujo/GERD	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo del comportamiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes o prediabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (erupciones/lunares cambiantes)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diverticulitis/Diverticulosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Úlceras de estómago o problemas para tragar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular o AIT	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas de oído	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de oído o audición	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba TB positiva	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos alimentarios como anorexia o bulimia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de visión u oculares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Eczema	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otros:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC/Bronquitis crónica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			