

Historial de salud de Paciente nuevo - Pediátrico 6-17 años

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Preocupaciones médicas actuales (de qué le gustaría hablar hoy):

Por favor, indique cualquier alergia que tenga a medicamentos:

Por favor, enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre, los suplementos herbales o vitaminas:

¿Ha recibido alguna vacuna fuera de Oregón? En caso afirmativo, ¿dónde? _____

¿Ha acudido al hospital varias veces por el mismo problema en los últimos 2 años?

Sí No En caso afirmativo, explique a continuación:

Por favor, indique cualquier intervención quirúrgica a la que se haya sometido:

Corazón Tubos auditivos Amígdalas/Adenoides Apéndice Cirugía de los ojos

Reparación de hernia, tipo: _____ Otros: _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Por favor, enumere cualquier problema o inquietud médica actual o pasada que haya tenido su hijo/a:

Por favor, enumere las afecciones médicas que padecen los miembros de la familia de su hijo/a:

Continúa en la página siguiente –

¿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

Educación y actividad

Grado escolar: _____ Nombre de la Escuela: _____

¿Le preocupa el rendimiento escolar de su hijo/a? Sí No

¿Qué le gusta hacer a su hijo/a? _____

¿Alguna preocupación sobre el acoso escolar? Sí No

¿Tiempo frente a la pantalla (televisión/computadora/teléfono/tableta) diariamente (en promedio)?

Ninguno Menos de una hora 1-2 horas 3 horas o más

¿Cuánto tiempo pasa al aire libre diariamente (en promedio)? Nada Unos minutos Una hora Más de una hora

¿Le preocupa la relación de su hijo con la comida o con su propio cuerpo? Sí No

En caso afirmativo, especifique por favor: _____

¿Hay algo más que hayamos pasado por alto y que creas que deberíamos saber?

