

Adolescent Medicine & Student Health Services

Cuestionario de Historia Médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia Médica del paciente

¿Están las vacunas al día? ☐ Sí ☐ No

Fecha del último control: _____ Doctor anterior: _____ N° de teléfono _____

Liste todos los medicamentos que el paciente toma actualmente (incluya los medicamentos con receta, de venta libre, vitaminas, métodos anticonceptivos e inhaladores): _____

Ha experimentado, o experimenta el PACIENTE alguna de estas situaciones:	Sí	No	Explicar
¿Una condición/problema médico grave?			
¿Ha estado hospitalizado o lo han operado?			
¿Ha sufrido alguna lesión o accidente grave?			
¿Varicela? ¿Cuándo? _____			
¿Alergias, asma, bronquitis, infecciones respiratorias?			
¿Infecciones de oído recurrentes, otitis media, dificultades auditivas?			
¿Problemas en los ojos o en la visión?			
¿Problemas cardíacos o soplo en el corazón?			
Anemia, problemas de sangrado, transfusión de sangre o problemas de coagulación de la sangre?			
¿Dolores abdominales, estreñimiento que requiera consulta con el médico?			
¿Vómitos recurrentes, diarrea recurrente, sangre en las heces?			
¿Infecciones de la vejiga o riñones, moja la cama después de los 5 años de edad?			
¿Problemas recurrentes en la piel (acné, eccema, etc.)?			
¿Dolores de cabeza, convulsiones y otros problemas neurológicos?			
¿Preocupaciones de salud mental (TDAH, depresión, ansiedad)?			
¿Diabetes, tiroides u otros problemas endocrinos?			
En las mujeres, ¿ya ha tenido su período?			
Si la respuesta es Sí, FUM ____ / ____ / ____ ¿Algún problema?			

Desarrollo

Sobre el paciente, le preocupa:	Sí	No	Explicar
1. ¿El desarrollo físico?			
2. ¿El desarrollo mental o emocional?			
3. ¿Su capacidad de aprendizaje?			
4. ¿Su nivel de atención o de actividad?			
Si va a la escuela, el paciente:			
1. ¿Recibe clases particulares extracurriculares?			
2. ¿Está en una clase de instrucción especializada o especial?			
3. ¿Ha repetido el año?			
4. ¿Se le han realizado pruebas psicológicas y académicas?			
5. ¿Presenta problemas de comportamiento?			



Adolescent Medicine & Student Health Services

Cuestionario de Historia Médica

Historia médica familiar.

Si un miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes problemas, marque la casilla correspondiente para el miembro de la familia.

Indique si el miembro de la familia está vivo o ha fallecido.

Diagnóstico	Madre ☐ Vive ☐ Fallecida	Padre ☐ Vive ☐ Fallecido	Hermana ☐ Vive ☐ Fallecida	Hermano ☐ Vive ☐ Fallecido	Abuela materna ☐ Vive ☐ Fallecida	Abuelo materno ☐ Vive ☐ Fallecido	Abuela paterna ☐ Vive ☐ Fallecida	Abuelo paterno ☐ Vive ☐ Fallecido
TDAH								
Alergias								
Ansiedad								
Asma								
Autismo (TEA)								
Trastorno bipolar								
Enfermedades de la sangre, sangrado / coagulación								
Cáncer								
Celiaquía								
Colitis/Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa								
Enfermedades cardíacas/de las arterias coronarias								
Sordera								
Depresión								
Retardo en el desarrollo								
Diabetes								
Eczema								
Trastorno genético								
Hipertensión								
Discapacidad en el aprendizaje								
Migrañas								
Obesidad								
Esquizofrenia								
Convulsiones								
Abuso de sustancias (drogas/alcohol)								
Enfermedad de la tiroides								
Otros:								

Problemas sociales/de relacionamiento

¿Con quién vive el paciente? ☐ Madre ☐ Ambos padres ☐ Casa de grupo: _____
☐ Padre ☐ Padres adoptivos ☐ Otro: _____

¿Quién vive en la casa con el paciente? _____

¿Participa el Departamento de Servicios Sociales (DSS)? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, explique y comparta documentación.

