

Fecha de hoy: _____
-Today's Date

Name: _____
DOB: ____/____/____
MRN: _____ (or place label here)

Historial médico del adolescente

(Entre 12 y 21 años de edad) -Adolescent Medical History (Ages 12-21)

Lo puede completar el/la adolescente, uno de los padres o el tutor. Si uno de los padres o el tutor lo está llenando, conteste las preguntas sobre el historial de salud de su hijo/a. Puede saltarse las preguntas si no conoce la respuesta.
-This can be completed by the adolescent or the parent/guardian. If parent or guardian is completing, answer the questions about your child's health history. You can skip questions if you don't know the answer.

Esta información nos ayudará a darle una mejor atención.

-This information will help us give you better care.

¿Necesita usted ayuda para llenar los formularios médicos? Sí No
-Do you need help filling out medical forms? -Yes -No

¿Cuál es la mejor forma para usted para recibir información? Información para lectura
-How do you learn best? -Reading information

Información para escuchar Imágenes Aprender de forma práctica (haciéndolo)
-Hearing information -Pictures -Learn by doing (hands on)

¿Cómo quiere usted recibir información? Por escrito Si alguien me la dice Si alguien me la muestra
-How do you want to get information? -In writing -Tell me -Show me

HISTORIAL MÉDICO DEL ADOLESCENTE -ADOLESCENT MEDICAL HISTORY

1. ¿Alguna vez has tenido una reacción alérgica (reacción adversa) a cualquiera de las siguientes opciones?

-Have you had an allergic reaction (bad effect) from any of the following?

- No tengo ninguna alergia, hasta donde sé Medicamentos (por favor, describe) _____
-I have no allergies I know about -Medicines/Drugs (please describe)
- Látex (guantes de hule) Huevos Cacahuates Picaduras de abejas Mariscos
-Latex - rubber gloves -Eggs -Peanuts -Bee stings -Shellfish
- Otra (por favor, describe) _____
-Other (please describe)

2. ¿Estás tomando algún medicamento (incluye medicamentos sin receta, hierbas, flúor, vitaminas o suplementos) todos los días? SÍ NO
-Are you taking any medicines/drugs (include non-prescription, herbs, fluoride, vitamins, or supplements) daily? -YES -NO

Si contestaste "sí", ¿cuáles?:
-If yes - please list

3. Por favor, marca las casillas con las siguientes condiciones o síntomas que tengas.

-Please check any conditions or symptoms you have on the list below

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias (estacionales, fiebre del heno, etc.)
-Allergies - seasonal, hay fever, etc | <input type="checkbox"/> Mareo, desmayo o enfermedades relacionadas con el calor
-Dizziness, fainting, or heat-related illness |
| <input type="checkbox"/> Asma -Asthma | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas frecuentes -Many headaches/migraines |
| <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune (lupus/artritis juvenil/enfermedad celíaca) -Autoimmune disorder (lupus/juvenile arthritis/celiac disease) | <input type="checkbox"/> Problemas de visión, auditivos o del habla
-Vision, hearing or speech problems |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades sanguíneas (célula falciforme/problemas de coagulación)
-Blood disorders (sickle cell/clotting problems) | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza, conmoción cerebral o convulsiones
-Head injury, concussion or seizures |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____
-Cancer: Type | <input type="checkbox"/> Órganos faltantes o dañados (ojo, riñón, testículo)
-Missing or damaged organs (eye, kidney, testicle) |
| <input type="checkbox"/> Problemas desde el nacimiento (trastornos o síndromes genéticos) -Problems since birth (genetic disorders or syndromes) | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios, renales o en los testículos
-Urinary, kidney problems, testicle problems |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: (encierra uno en un círculo) pre-diabetes, tipo 1 o tipo 2
-Diabetes: (circle one) pre-diabetes, type 1, or type 2 | <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación (como vomitar después de comer, no comer lo suficiente o comer demasiado) -Eating disorders (like throwing up after eating, not eating enough, or eating too much) |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos (incluyendo un soplo o hipertensión)
-Heart problems (including a murmur or high blood pressure) | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje o necesidades educativas especiales (Plan Individualizado de Educación [IEP, por sus siglas en inglés] o plan 504)
-Learning disability or special education needs (IEP or 504 plan) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol (alto) -High cholesterol | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental (TDAH [ADHD, en inglés], ansiedad, depresión, etc.) -Mental health condition (ADHD, anxiety, depression, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho, dificultad para respirar, jadeo o tos al hacer ejercicio -Chest pain, difficulty breathing, wheezing, or coughing with exercise | <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista -Autism Spectrum Disorder |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos: ¿dónde? _____
-Broken bones: where? | <input type="checkbox"/> ¿Existe alguna razón por la que el/la adolescente no deba practicar deportes o no le hayan permitido participar en los mismos alguna vez por razones médicas?
-Is there any reason why the adolescent should not participate in sports or was ever refused participation for medical reasons? |
| <input type="checkbox"/> Problemas menstruales
-Period problems | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____
-Other | |
| <input type="checkbox"/> Caries o dolor/lesión en dientes -Cavities or tooth pain/injuries | |

4. ¿Has tenido alguna cirugía, lesión grave o has estado hospitalizado/a por lo menos una noche? SÍ NO
-Have you had any surgeries, major injuries, or been in the hospital overnight? -YES -NO

Si contestaste "sí", ¿qué cirugías/lesiones tuviste, o por qué estuviste en el hospital?
-If yes - what surgeries/injuries or why were you in the hospital?

SALUD ORAL -ORAL HEALTH

5. ¿Vas al dentista con regularidad (al menos una vez al año)? SÍ NO
-Do you go to the dentist regularly (at least once a year?) -YES -NO

¿Cuándo fue la última visita?
-When was the last visit?

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR -FAMILY MEDICAL HISTORY

Los problemas médicos pueden ser hereditarios. Marca las casillas a continuación para informarnos sobre cualquier problema de salud que los miembros de tu familia hayan tenido.

-Medical problems can run in families. Please check the boxes below to tell us about any health problems your family members have had

Madre (biológica): ¿Vive? Sí No No sé No tiene problemas médicos
-Mother (biological): Living? -Yes -No -I don't know -Has no medical problems

Diabetes (azúcar) Problemas renales Problemas cardíacos
-Diabetes (sugar) -Kidney problems -Heart problems

Derrame cerebral/coágulos sanguíneos Abuso de alcohol/drogas Hipertensión
-Stroke/Blood clots -Alcohol/Drug abuse -High blood pressure

Enfermedades de salud mental (depresión, ansiedad, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad [ADHD, en inglés], trastorno bipolar, etc.)
-Mental health conditions (depression, anxiety, ADHD, Bipolar Disorder, etc.)

Cáncer: ¿qué tipo? _____ Otro _____
-Cancer: what type? -Other

Padre (biológico): ¿Vive? Sí No No sé No tiene problemas médicos
-Father (biological): Living? -Yes -No -I don't know -Has no medical problems

Diabetes (azúcar) Problemas renales Problemas cardíacos
-Diabetes (sugar) -Kidney problems -Heart problems

Derrame cerebral/coágulos sanguíneos Abuso de alcohol/drogas Hipertensión
-Stroke/Blood clots -Alcohol/Drug abuse -High blood pressure

Enfermedades de salud mental (depresión, ansiedad, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad [ADHD, en inglés], trastorno bipolar, etc.)
-Mental health conditions (depression, anxiety, ADHD, Bipolar Disorder, etc.)

Cáncer: ¿qué tipo? _____ Otro _____
-Cancer: what type? -Other

Hermanans/hermanos ¿Cuántos? _____
-Sister/Brothers: How many?

¿Vive(n)? Sí No No sé No tiene problemas médicos
-Living? -Yes -No -I don't know -Has no medical problems

Diabetes (azúcar) Problemas renales Problemas cardíacos
-Diabetes (sugar) -Kidney problems -Heart problems

Derrame cerebral/coágulos sanguíneos Abuso de alcohol/drogas Hipertensión
-Stroke/Blood clots -Alcohol/Drug abuse -High blood pressure

Enfermedades de salud mental (depresión, ansiedad, TDAH [ADHD, en inglés], etc.)
-Mental health conditions - depression, anxiety, ADHD, Bipolar Disorder, etc.

Cáncer: ¿qué tipo? _____ Otro _____
-Cancer: what type? -Other

6. ¿Alguien en tu hogar fuma cigarros? SÍ NO
-Does anyone in your home smoke cigarettes? -YES -NO

INQUIETUDES DE SALUD - PARA SER LLENADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR

-HEALTH CONCERNS - PARENT/GUARDIAN TO COMPLETE

7. ¿Tiene alguna inquietud con respecto a la salud o seguridad de su hijo/a de la que desee hablar?.....	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>-Do you have any concerns about your child's health or safety that you would like to discuss?</i>	<i>-YES</i>	<i>-NO</i>
8. ¿Le preocupa que su hijo/a esté usando tabaco, alcohol o drogas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>-Do you have concerns that your child may be using tobacco, alcohol, or drugs?</i>	<i>-YES</i>	<i>-NO</i>
9. ¿Le preocupa el trabajo escolar o la asistencia a la escuela de su hijo/a?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>-Do you have concerns about your child's school work or attendance?</i>	<i>-YES</i>	<i>-NO</i>
10. ¿Su hijo/a parece estar triste, preocupado/a o deprimido/a, o expresa sentimientos o tiene comportamientos que parecen ser fuera de lo común para alguien de su edad?....	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>-Does your child seem sad, worried, or depressed, or express feelings or have behaviors that seem out of the ordinary for someone his or her age?</i>	<i>-YES</i>	<i>-NO</i>
11. ¿Le preocupa que su hijo/a esté participando en actividades sexuales?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>-Do you have concerns about your child's involvement in sexual activity?</i>	<i>-YES</i>	<i>-NO</i>
12. ¿Su familia está teniendo alguna dificultad sobre la que deberíamos tener conocimiento mientras atendemos a su hijo/a?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>-Is your family having any difficulties that we should know about while caring for your child?</i>	<i>-YES</i>	<i>-NO</i>
13. En los últimos 12 meses, me preocupó no saber si nos quedaríamos sin alimentos antes de obtener dinero para comprar más. <i>-Within the last 12 months I worried whether food would run out before I got money to buy more</i>		
<input type="checkbox"/> Con frecuencia <i>-Often true</i>	<input type="checkbox"/> En ocasiones <i>-Sometimes true</i>	<input type="checkbox"/> Nunca <i>-Never true</i>
<input type="checkbox"/> No lo sé <i>-Don't know</i>		
14. En los últimos 12 meses, los alimentos que compramos no nos duraron y no tuvimos dinero para comprar más. <i>-Within the past 12 months the food we bought just didn't last and we didn't have money to get more</i>		
<input type="checkbox"/> Con frecuencia <i>-Often true</i>	<input type="checkbox"/> En ocasiones <i>-Sometimes true</i>	<input type="checkbox"/> Nunca <i>-Never true</i>
<input type="checkbox"/> No lo sé <i>-Don't know</i>		
15. ¿Cuál es su situación actual de vivienda? <i>-What is your housing situation today?</i>		
<input type="checkbox"/> Tenemos una vivienda permanente <i>-We have permanent housing</i>		
<input type="checkbox"/> No tenemos una vivienda permanente. Vivimos: <i>-We do not have permanent housing. We live:</i>		
<input type="checkbox"/> con otras personas <i>-with others</i>	<input type="checkbox"/> en la calle/campamento/puente <i>-on the street/camp/bridge</i>	<input type="checkbox"/> en un albergue <i>-in a shelter</i>
<input type="checkbox"/> en una vivienda de transición <i>-in transitional housing</i>		

Firma del/de la paciente: _____
(Patient Signature)

Firma del padre/madre/tutor: _____
(Parent/Guardian Signature)

for office use (para uso del consultorio): Provider

Reviewed by: _____ Date: _____