

Questionario Inicial De la Historia Medica

Nombre _____

EDAD _____

FECHA COMPLETADA _____

Instrucciones

Su hijo, usted y el equipo de salud médica pueden trabajar juntos para mejorar la salud de su hijo/hija. Por favor conteste las siguientes preguntas lo mejor posible rellorando el circulo correspondiente a la pregunta. Si no sabe la respuesta o no desea contestar alguna pregunta, puede dejarla en blanco. Si usted tiene alguna pregunta puede preguntarle al doctor (a). Sus respuestas seran confidenciales y protegidas como parte de la historia medica de su hijo (a).

Muestra de preguntas y respuestas: Su hijo (a) acude a la escuela? Sí No

General

- Considera usted a su hijo (a) en buena salud? Sí No Explicar _____
- Su hijo (a) tiene una enfermedad grave o condicion medica? Sí No Explicar _____
- Su hijo (a) ha tenido graves lesiones o accidentes? Sí No Explicar _____
- Su hijo (a) ha tenido alguna cirugia? Sí No Explicar _____
- Su hijo (a) ha sido hospitalizado? Sí No Explicar _____
- Su hijo (a) es alérgico alguna medicina o droga? Sí No Explicar _____

Historia Familiar

Si algun miembro de la familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades indique cual. Si no existe ninguna, marque que su hijo(a) esta saludable	Saludable	Anemia	Asthma	Cancer	Diabetes antes de 50 años de edad	Abuso de Drogas/Alcohol	Epilepsia/Convulsión	Enfermedad del Corazon antes de los 50 años de edad	Presión alta antes de los 50 años de edad	Cholesterol alto	Problemas mentales	Tuberculosis
Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Parientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Abuelo Materno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Abuela Materno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Abuelo Paterno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Abuela Paterno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Abu



Historial Antepasado

Su hijo (a) nunca había tenido:

ADHD Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Allerjias a (comida, animals, polvo o pollen)	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Anemia o problemas de sangre	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Cualquier crónica o recurrente problemas de la piel (acne, eccema, etc.)	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Cualquier problema cardiaco o soplo	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonia	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Autismo	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Mojar la cama (despues de los 5 anos de edad)	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Infeccion de la vejiga o los rinones	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Transfussion de sangre	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Virguelas	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Estreñimiento que requiere visita medica	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Convulsiones y otros problemas neurológicos	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Depresion o problemas emocionales	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
(Para jovencitas) ha empezado su periodo menstrual?	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
(Para jovencitas) ay problemas con su periodo?	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Frecuentes dolores en el abdominal	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Frecuente la infeccion del oido	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Frecuentes dolores de caveza	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
El bajo rendimiento escolar	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Problemas de los oidos o de la audencia	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Problemas con los ojos o la visión	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Discurso de los problemas de desarrollo del idioma	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Tiroides y otros problemas endocrinos (alto colesterol)	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Usar alcohol o drogas	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____
Cualquier otro problema importante	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No	Explicar	_____

