

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.)<br>-Allergies - seasonal, hay fever, etc  | <input type="checkbox"/> Mareo, desmayo o enfermedades relacionadas con el calor<br>-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<br>-Vision, hearing or speech problems  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades sanguíneas (célula falciforme/problemas de coagulación)<br>-Blood disorders (sickle cell/clotting problems)                           | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza, conmoción cerebral o convulsiones<br>-Head injury, concussion or seizures   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____<br>-Cancer: Type  | <input type="checkbox"/> Órganos faltantes o dañados (ojo, riñón, testículo)<br>-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<br>-Urinary, kidney problems, testicle problems   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: (encierra uno en un círculo) pre-diabetes, tipo 1 o tipo 2<br>-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)<br>-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)<br>-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? _____<br>-Broken bones: where?   | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales: Tipo _____<br>-Stomach problems: Type   |
| <input type="checkbox"/> Problemas menstruales<br>-Period problems  | <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?<br>-Is there any reason why the adolescent should not participate in sports or was ever refused participation for medical reasons? |
| <input type="checkbox"/> Otro _____<br>-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  NO   
-Do you have any concerns about your child's health or safety that you would like to discuss? -YES -NO

8. ¿Le preocupa que su hijo/a esté usando tabaco, alcohol o drogas? .....Sí  NO   
-Do you have concerns that your child may be using tobacco, alcohol, or drugs? -YES -NO

9. ¿Le preocupa el trabajo escolar o la asistencia a la escuela de su hijo/a? .....Sí  NO   
-Do you have concerns about your child's school work or attendance? -YES -NO

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  NO   
-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? -YES -NO

11. ¿Le preocupa que su hijo/a esté participando en actividades sexuales? .....Sí  NO   
-Do you have concerns about your child's involvement in sexual activity? -YES -NO

12. ¿Su familia está teniendo alguna dificultad sobre la que deberíamos tener conocimiento mientras atendemos a su hijo/a? .....Sí  NO   
-Is your family having any difficulties that we should know about while caring for your child? -YES -NO

13. En los últimos 12 meses, me preocupó no saber si nos quedaríamos sin alimentos antes de obtener dinero para comprar más. -Within the last 12 months I worried whether food would run out before I got money to buy more  
 Con frecuencia -Often true       En ocasiones -Sometimes true       Nunca -Never true       No lo sé -Don't know

14. En los últimos 12 meses, los alimentos que compramos no nos duraron y no tuvimos dinero para comprar más. -Within the past 12 months the food we bought just didn't last and we didn't have money to get more  
 Con frecuencia -Often true       En ocasiones -Sometimes true       Nunca -Never true       No lo sé -Don't know

15. ¿Cuál es su situación actual de vivienda? -What is your housing situation today?  
 Tenemos una vivienda permanente -We have permanent housing  
 No tenemos una vivienda permanente. Vivimos: -We do not have permanent housing. We live:  
 con otras personas -with others       en la calle/campamento/puente -on the street/camp/bridge       en un albergue -in a shelter  
 en una vivienda de transición -in transitional housing

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: \_\_\_\_\_