

Cuestionario Médico
Edades de 13 en adelante

Nombre del adolescente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cuestionario llenado por: _____

Relación con el adolescente: _____

Fecha de la visita: _____

1. ¿Ha sido su adolescente diagnosticado con cualquiera de estas enfermedades o condiciones médicas? (marque todas las que correspondan)

Anemia

Asma

Enfermedad de Déficit de Atención con/Hiperactividad (ADHD en inglés)

Diabetes

Soplo en el Corazón

Lesión en la Cabeza

Alergias nasales/sinusitis

Enfermedades psiquiátricas o mentales

Convulsiones

Infección de orina/vejiga

Otra, Especifique _____

Mi adolescente no tiene ninguna de estas enfermedades.

2. ¿Ha sido su adolescente alguna vez internado en el hospital? Sí No

Si su respuesta es sí,

a. ¿Por qué fue internado? _____

b. ¿Qué edad tenía su hijo? _____

c. Nombre del hospital y de la ciudad _____

3. ¿Ha tenido su adolescente alguna cirugía? Sí No

Si su respuesta es sí,

a. ¿Para qué fue la cirugía? _____

b. ¿Qué edad tenía su hijo? _____

c. Nombre del hospital y de la ciudad _____

4. ¿Tiene su adolescente alguna alergia a algún alimento o medicamento? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor haga una lista

Nombre del adolescente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

5. ¿Están las vacunas de su adolescente al corriente? Sí No

Si su respuesta es no, ¿cuáles están pendientes _____

6. Por favor marque todo lo que corresponda a la salud de su adolescente en este momento:

- Falta de energía
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Las encías sangran con facilidad
- Sangra por largo tiempo después de una cortada
- Dificultad para oír
- Dientes descoloridos y se rompen fácilmente
- Urticaria
- Eczema
- Dolores musculares
- Dolor o hinchazón en las articulaciones
- Problemas con la vista
- Usa lentes o espejuelos
- Respiración sibilante

Mi adolescente no tiene ninguna de estas enfermedades.

7. ¿Está tomando su adolescente alguna medicina o vitaminas en este momento? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿cuáles está tomando? _____

¿Para qué enfermedad/condición las está tomando?

8. ¿Ha usado su adolescente alguna vez anticonceptivos que han sido recetados por un doctor? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿qué tipo? _____ **¿Por cuánto tiempo?** _____

9. ¿Quién es el doctor de su adolescente? _____

¿En qué pueblo/ciudad tiene el doctor su consultorio? _____

10. ¿Qué haces cuando tu adolescente no sé comporta?

Nombre del adolescente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial Médico Familiar

¿Alguno de los hermanos (as), padres o abuelos de su adolescente sufre de cualquiera de las siguientes condiciones médicas? (marque todas las que correspondan e identifique al miembro de la familia afectado por cada enfermedad)

- Anemia _____
- Asma _____
- Retraso al hablar, moverse, o entender cosas _____
- Diabetes _____
- Adicción a Drogas/Alcohol _____
- Ha tenido muchos huesos rotos _____
- Ha tenido muchos dientes descoloridos, rotos, agrietados _____
- Enfermedad del Corazón _____
- VIH/SIDA _____
- Pérdida auditiva _____
- Retraso Mental _____
- Alergias Nasales _____
- Hemorragias nasales; se hace moretones con facilidad _____
- Enfermedades Psiquiátricas o Mentales _____
- Convulsiones _____
- ¿Alguien fuma en su casa? _____
- Otra (por favor anótela) _____

Nadie en mi familia tiene estas enfermedades

Asistencia Escolar:

a. Por favor proporcione el nombre y lugar de la escuela a la que asiste su adolescente:

b. ¿En qué grado está su adolescente? _____

c. ¿Cómo va su adolescente en la escuela? Excelente Bien Promedio Reprobando

d. Si su adolescente está reprobando en la escuela, ¿cuál es el problema?



Nombre del adolescente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial Social

- a. Por favor haga una lista de todos los adultos y niños que actualmente viven en la misma casa que su adolescente y su relación con su adolescente:

- b. ¿Ha estado involucrada su familia previamente con el Departamento de Servicios Sociales?
 Sí No

Si su respuesta es sí, por favor anote el año y la razón del involucramiento:

- c. ¿Ha habido violencia doméstica en su hogar? Sí No

Comentarios Adicionales del Proveedor Médico:

Cuestionario revisado por: _____ Fecha de Revisión: _____
Proveedor Médico

