

Cuestionario Médico
Edades de 12 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(a) 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(a) en el hospital? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí,

a. ¿Por qué fue internado(a)? _____

b. ¿Qué edad tenía su hijo (hija)? _____

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 (hija)? _____

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 incluyendo la vacuna contra VPH (Human Papilloma Virus en inglés)? ☐ 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 (wheezing en inglés)

☐ **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 muchas fracturas _____
- ☐ Ha tenido muchos dientes descoloridos, rotos, agrietados _____
- ☐ Enfermedad del Corazón _____
- ☐ VIH/SIDA _____
- ☐ Pérdida auditiva _____
- ☐ Retraso Mental _____
- ☐ Alergias Nasales _____
- ☐ Hemorragias nasales o se hace moretones con facilidad _____
- ☐ Enfermedades Psiquiátricas o Mentales _____
- ☐ Convulsiones _____
- ☐ ¿Alguien fuma en su casa? _____
- ☐ Otra (por favor describa) _____

☐ **Nadie en mi familia tiene estas enfermedades**

Asistencia Escolar:

a. Por favor escriba 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 anteriormente con el Departamento de Servicios Sociales?

☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor indique 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: _____

Proveedor Médico