

The Ida Karlin Healing Center for Youth
Cuestionario de Historial Médico Familiar

Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____

Cuestionario Llenado Por: _____

Relación al Paciente: Paciente Madre Padre Padrastros Otra: _____

Favor de marcar la respuesta apropiada

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER

- Nombre del hospital: _____
- Enfermedades durante el embarazo No Sí
- Medicamentos durante embarazo No Sí
- Abuso de alcohol o drogas No Sí
- Problemas al nacer No Sí
- *Describe:* _____
- Tipo de parto: Vaginal Cesárea
- Peso al nacer _____ Peso al darle de alta _____
- ¿El bebé recibió vacuna para Hepatitis B? No Sí
- Fecha de la vacuna de Hepatitis B: ____ / ____ / ____

- ¿Quién vive en el hogar? _____
- ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____
- Alquilan Casa propia Refugio
- ¿Quién cuida su niño(a)? _____
- Fecha de nacimiento
Madre: ____ / ____ / ____ Padre: ____ / ____ / ____
- ¿Trabajan los padres?
Madre: No Sí
Padre: No Sí
- ¿Hogar sustituto? No Sí Fecha: ____ / ____ / ____
- ¿Qué otra(s) idioma(s) se hablan en la casa? _____

HISTORIAL DE SALUD

HISTORIAL FAMILIAR

Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido:

- | | | |
|--|---|-------|
| | ¿Quién? | |
| • Defectos de Nacimiento | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Presión Alta/Derrame | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Colesterol Alto | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Diabetes | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Alergias/Asma | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Enfermedad del Pulmón/TB | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Enfermedad del Corazón | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Enfermedades Reñales | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Enfermedad del Hígado/Hepatitis | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Enfermedad de la Tiroide | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Desórdenes de la Sangre/
<i>Sickle Cell</i> | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Convulsiones | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • VIH/SIDA | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Cáncer | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Problemas de Audición/Habla | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Problemas de Aprendizaje/
Deficit de Atención (ADD) | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Desórdenes Mentales | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Abuso de Alcohol/ Droga | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Intentos Suicidas/Problemas | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Violencia Doméstica | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ |

Otras condiciones/preocupaciones: _____

HISTORIAL PSICOSOCIAL

Alguna vez su niño/a ha tenido:

- Varicela No Sí
- *Si ha tenido, el año:* _____
- Infecciones Frecuentes de Oído No Sí
- Problemas de Audición/Infecciones de la Vista No Sí
- Problemas de la Piel/Eczema No Sí
- Hipertensión/Presión Alta No Sí
- Diabetes No Sí
- Alergias No Sí
- *Si tiene, apuntenlo(s):* _____
- Asma No Sí
- Enfermedad del Pulmón/TB No Sí
- Enfermedad del Corazón/Defectos No Sí
- Enfermedades del Riñón/Vejiga No Sí
- Enfermedad del Hígado/Hepatitis No Sí
- Desórdenes de la Sangre/Hemofilia No Sí
- Convulsiones/Epilepsia No Sí
- Problemas en las Coyunturas/Huesos No Sí
- Hospitalizaciones/Cirugías No Sí
- Enfermedades Transmitidas Sexualmente No Sí
- Problemas Físicos o de Aprendizaje No Sí
- Obesidad/Trastornos Alimenticios No Sí
- Problemas Emocionales o de Comportamiento No Sí
- Depresión/Pensamientos Suicidas No Sí
- Abuso: Físico/Emocional/ o Sexual No Sí

Otras condiciones/preocupaciones: _____

Lista de medicamento/s que toma: _____

Gracias~