

Adolescent Initial History (11-20 yrs)

Fecha de hoy _____

Nombre legal completo: _____

Fecha de nacimiento _____



Complete por favor las preguntas siguientes: Indica Sí/No cualquier que aplica.

Dé a luz a la Historia:

¿Qué era su peso del nacimiento? _____ Lbs _____ oz Era el nacimiento: ___ vaginal ___ la cesárea
 ¿Había las complicaciones al nacer? ___ Precocidad ___ la Infección recién Nacida ___ Da envidia a ___ la diabetes Maternal
 ___ Ninguno

Si cualquier otras complicaciones, por favor explique: _____

¿Tuvo usted algún problema de desarrollo? Indica ___ Sí ___ No cualquier que aplica.
 ___ Demoró discurso ___ Demoró andar ___ el crecimiento Pobre ___ el aumento de peso Pobre ___ Otro: _____

La Historia médica:

¿Tiene usted cualquier alergia a medicinas? Indica ___ Sí ___ No

La medicina del Nombre y el tipo de la reacción _____

¿Tiene usted cualquier problemas de la salud? ___ Sí ___ No Liste Problems: _____

¿Ha sido hospitalizado jamás usted para una enfermedad, para la operación, o para la herida? ___ Sí ___ No
 Si sí, da la edad y la razón. _____

¿Ha tenido usted alguna herida grave? ___ Sí ___ No

Si sí, da la edad y describe la herida _____

¿Toma usted cualquier medicina regularmente? ___ Sí ___ No

Liste las medicinas: _____

¿Usted ha utilizado personalmente (los que está usados) ___ el tabaco, ___ drogas ilegales/sustancias,
 ___ alcohol? ___ Ningunos utilizaron

¿Ejercita usted regularmente? ___ Sí ___ No El tipo del ejercicio: (ex: nadando, corriendo) _____
 la Frecuencia del ejercicio: (ex: 3 días una semana) _____

Indique la cantidad de tiempo gastado mirando la televisión y/o vídeo juegos que juegan: _____ horas un día
 _____ minutos un día

Verifique cualquiera de los problemas siguientes que usted puede haber tenido. cualquier que aplica.

| | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| ___ el acné | ___ el dolor de cabeza | ___ la tuberculosis | ___ la anemia de la célula de la hoz |
| ___ Asma | ___ Hepatitis | ___ los problemas de la visión | ___ úlcera de estómago |
| ___ Varicela | ___ la infección de la vesícula | ___ oyendo los problemas | ___ la enfermedad cardíaca |
| ___ la depresión | ___ el mononucleosis | ___ Convulsiones | ___ la diabetes |
| ___ los problemas emocionales | ___ STD's | ___ los problemas de escoliosis/espalda | |
| ___ la tiroides | ___ el Cáncer | Otra: _____ | ___ Ninguno |

Enumere cualquier preocupación específica de la salud que usted pueda tener: _____

Antecedentes familiares: Información de la salud de la familia.

Si el miembro de la familia ha tenido una historia de estas enfermedades, cualquier que aplica.

| | Cáncer | diabetes | tensión arterial alta | enfermedad cardíaca | movimiento | alcohólico | abuso de la droga | <input checked="" type="checkbox"/> No Aplica |
|---------|--------|----------|-----------------------|---------------------|------------|------------|-------------------|-----------------------------------------------|
| Padre | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Madre | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Hermano | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Hermana | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Con quién usted vive? ___ Madre/Padre ___ Padrazo ___ Relativo ___ Otra: _____

Cambios en su casa/familia en el último año: _____

Ejemplo: Unión, enfermedad, nacimientos, divorcio, muerte, separación, pérdida de trabajo

¿Usted ha vivido siempre lejos de hogar? Explique _____

¿Los siguientes uces de los se utilizan en el hogar? : ___ Tabaco ___ Alcohol ___ Drogas ilegales ___ Armas ___ NADA

¿Son éstos disponibles en el hogar?: ___ Teléfono ___ Automóvil ___ Termómetro

Forme completado cerca: ___Adolescente ___Padre/guarda ___Otro: _____
Form Complete: _____(staff initials)