

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.

<input type="checkbox"/> el acné	<input type="checkbox"/> el dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> la tuberculosis	<input type="checkbox"/> la anemia de la célula de la hoz
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> los problemas de la visión	<input type="checkbox"/> úlcera de estómago
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> la infección de la vesícula	<input type="checkbox"/> oyendo los problemas	<input type="checkbox"/> la enfermedad cardíaca
<input type="checkbox"/> la depresión	<input type="checkbox"/> el mononucleosis	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> la diabetes
<input type="checkbox"/> los problemas emocionales	<input type="checkbox"/> STD's	<input type="checkbox"/> los problemas de escoliosis/espalda	
<input type="checkbox"/> la tiroides	<input type="checkbox"/> el Cáncer	Otra: _____	<input type="checkbox"/> 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)