

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA - PARA NUESTROS PACIENTES DE 0 A 17 AÑOS DE EDAD

Summit Pacific Healthcare Clinic | Elma Family Medicine | McCleary Healthcare Clinic
Este cuestionario será una parte privada y confidencial de su expediente médico según lo dispuesto por la ley.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Género: _____ Fecha: _____

Farmacia de Elección: _____

Alergias

| <i>Alergia</i> | <i>Reacción</i> | <i>Fecha</i> |
|----------------|-----------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Mencione las alergias adicionales en el reverso del formulario.

Medicamentos y Suplementos

| <i>Medicamento</i> | <i>Dosis</i> | <i>Razón por la que se toma</i> |
|--------------------|--------------|---------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Mencione los medicamentos y suplementos adicionales en el reverso del formulario.

Condiciones de salud de su hijo/a

| <i>Condición</i> | <i>Fecha o edad al momento del diagnóstico</i> |
|------------------|--|
| | |
| | |
| | |

Por favor, mencione las condiciones adicionales en el reverso del formulario.

Antecedentes quirúrgicos de su hijo/a

| <i>Cirugía</i> | <i>Fecha o edad al momento de la cirugía</i> |
|----------------|--|
| | |
| | |
| | |

Por favor mencione las cirugías adicionales en la parte posterior de este formulario.

Antecedentes Médicos Familiares – Por favor, indique solamente las condiciones médicas familiares significativas.

Antecedentes Familiares Desconocidos El niño es adoptado

| Familiar | Condición(es) | Fecha de diagnóstico | Si falleció - causa de la muerte y edad |
|----------|---------------|----------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Por favor, mencione los antecedentes médicos familiares adicionales en el reverso de este formulario.

Condiciones Socio-Económicas

Responsables que puedan asistir a las citas con el paciente. Marque las que correspondan.

- Madre
 Padre
 Madrastra
 Padrastro
 Madre adoptiva
 Padre adoptivo
 Otro _____ (por favor mencione)

Vivienda

- Apartamento
 Casa
 Sin Hogar
 Otro _____

CUESTIONARIO DE SALUD PARA PACIENTES - A (Sólo para pacientes de 12 a 17 años)

(PHQ-A)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

| <i>Instrucciones: ¿Con qué frecuencia se ha sentido afectado por cada uno de los siguientes síntomas durante los últimos 7 días? Por cada síntoma ponga una "X" en la casilla debajo de la respuesta que mejor describa cómo se ha estado sintiendo.</i> | <i>(0) En lo absoluto</i> | <i>(1) Varios días</i> | <i>(2) La mayoría de los días</i> | <i>(3) Casi todos los días</i> | <i>Uso del médico Puntaje del ítem</i> |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|--|---|--|
| 1. ¿Se siente deprimido, irritable o desesperanzado? | | | | | |
| 2. ¿Poco interés o placer en hacer cosas? | | | | | |
| 3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o duerme demasiado | | | | | |
| 4. Se siente cansado o con poca energía | | | | | |
| 5. Falta de apetito o come en exceso | | | | | |
| 6. Se siente mal consigo mismo - o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia | | | | | |
| 7. ¿Problemas para concentrarse en cosas, como tareas escolares, leer o ver televisión? | | | | | |
| 8. ¿Se mueve o habla tan despacio como para que otras personas no lo noten? O lo contrario - está tan inquieto que ha estado más activo de lo habitual | | | | | |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o lastimarse de alguna manera | | | | | |
| | PHQA Puntaje total: | | | | |
| | | | | | |