



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:				