

# A kidZ Clinic

## Historia de Salud

Nombre (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género H/M

¿Tiene alguna alergia? S/N En caso afirmativo, indique sus alergias y reacciones \_\_\_\_\_

¿Toma alguna medicamento? S/N En caso afirmativo, por favor indique \_\_\_\_\_

¿Está bajo supervisión médica para cualquier condición? S/N En caso afirmativo, por favor indique \_\_\_\_\_

Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes:

**Por Favor Explique:**

|    | <b>Condición</b>  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|----|---|-----------|-----------|
| 1  | ¿Sido hospitalizado?  |           |           |
| 2  | ¿Ha tenido una cirugía?   |           |           |
| 3  | ¿Le han dicho que tenía una enfermedad del corazón?   |           |           |
| 4  | ¿Alguna vez ha desmayado o casi desmayado durante ejercicio?  |           |           |
| 5  | ¿Alguna vez ha tenido molestias en el pecho, presión o dolor durante el ejercicio?                      |           |           |
| 6  | Presión arterial alta   |           |           |
| 7  | Colesterol alto   |           |           |
| 8  | Un soplo cardíaco   |           |           |
| 9  | ¿Tiene ansiedad?  |           |           |
| 10 | ¿Alguien en su familia tiene una enfermedad del corazón, un derrame cerebral, o murio antes de 50 años? |           |           |
| 11 | ¿Tiene acné severo?   |           |           |
| 12 | Scoliosis   |           |           |
| 13 | ¿Ha sido diagnosticado con asma?  |           |           |
| 14 | ¿Usted nació con un riñón, ojo, testículo, o cualquier otra enfermedad de órganos?                      |           |           |
| 15 | ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?   |           |           |
| 16 | ¿Tiene dolor de cabeza?   |           |           |
| 17 | ¿Ha tenido algún trastornos de la sangre o anemia?  |           |           |
| 18 | ¿Usa anteojos o lentes de contacto?   |           |           |
| 19 | ¿Ve regularmente al dentista?   |           |           |
| 20 | ¿Tiene un patrón de sueño regular   |           |           |
| 21 | ¿En las últimas dos semanas se ha sentido deprimido?  |           |           |
| 22 | ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con un trastorno de la tiroides?                                      |           |           |
| 23 | ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con diabetes?   |           |           |
| 24 | ¿Usted o alguien en su familia ha recibido tratamiento o un diagnóstico de un trastorno psiquiátrico?   |           |           |

¿Tiene alguna familia o las creencias culturales que le gustaría para ayudarnos mejor atención a sus necesidades?

¿Que hace su familia única?

He leído y entendido las preguntas anteriores y les he contestado a lo mejor de mi conocimiento.

Paciente/Firma Del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_