HISTORIAL DE SALUD INDIVIDUAL DE HEALTHCHECK

(HEALTHCHECK INDIVIDUAL HEALTH HISTORY)

|  |  |
| --- | --- |
| Llene un formulario por cada persona evaluada | Número de identificación (I.D.) actual del miembro Por código             |
| Fecha en que se completó (mes /día /año)      |
| Nombre del paciente      | Nombre del padre / madre o tutor      |
| Dirección del paciente      | Dirección del padre / madre o tutor      |
| Número de teléfono del paciente      | Teléfono del padre / madre o tutor      |
| Fecha de nacimiento del paciente (mes / día / año)      |  |
| Escuela y grado u ocupación del paciente      |  |
| Nombre y dirección del médico      |
| Nombre y dirección del dentista      |
| **SALUD GENERAL –** Responder para todas las edades |
| **Uso Oficial** | Sí | **No** | **No Sabe** |  |
| 1 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Han pasado más de 12 meses desde que esta persona tuvo un examen general con un médico? |
| 2 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Han pasado más de 12 meses desde que un médico examinó a esta persona por causa de una enfermedad o lesión? |
| 3 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Han pasado más de 12 meses desde que esta persona tuvo un examen general con un dentista? |
| 4 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Han pasado más de 12 meses desde que esta persona fue examinada por un dentista por causa de una enfermedad o lesión? |
| 5 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Hay algo sobre la salud, crecimiento o desarrollo de esta persona que le inquiete o preocupe? Si responde Sí, explique.       |
| 6 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Se pone esta persona el cinturón de seguridad siempre que va en un automóvil? |
| ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ O TIENE ACTUALMENTE ESTA PERSONA ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES? |
| **Uso Oficial** | Sí | **No** | **No Sabe** |  | **Uso Oficial** | **Sí** | **No** | **No Sabe** |  |
| 7 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Fiebre inexplicable | 20 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Vómito o diarrea |
| 8 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Poco apetito o problemas para comer | 21 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Respira con dificultad o hace ruido al respirar  |
| 9 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Pérdida de peso | 22 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Articulaciones hinchadas  |
| 10 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Pérdida de la conciencia, desmayo | 23 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Soplo en el corazón |
| 11 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Herida en la cabeza | 24 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Dolores de estómago frecuentes |
| 12 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Ataque, convulsiones, síncope | 25 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sangre en la materia fecal |
| 13 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Dolores de cabeza frecuentes | 26 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Problemas con la vejiga, intestino o urinarios |
| 14 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Problemas con los ojos | 27 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sangre en la orina |
| 15 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Dolor de oído, drenaje en los oídos | 28 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Salpullidos, eczema, urticaria, problemas de la piel |
| 16 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sangra de la nariz con frecuencia  | 29 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Varios moretones o hemorragias |
| 17 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Tos crónica | 30 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Caídas y tropezones frecuentes  |
| 18 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Problemas de la audición  | 31 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Gripes o infecciones frecuentes |
| 19 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Estreñimiento |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uso Oficial** | **Sí** | **No** | **No Sabe** | **¿HA TENIDO ESTA PERSONA ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES?** |
| 32 |  |  |  |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Rubéola (Sarampión Alemán)  |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sarampión (Rojo)  |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Paperas |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Fiebre Reumáticas |
| 33 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Tuvo o tiene esta persona alergias? Si responde **Sí**, describa.       |
| 34 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Tuvo o tiene esta persona asma?       |
| 35 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Ha tenido esta persona accidentes serios? Si responde **Sí**, describa       |
| 36 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Ha tenido esta persona enfermedades serias, operaciones u hospitalizaciones? Si responde **Sí**, describa      |
| 37 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Tiene esta persona actualmente algún problema el cual usted siente, o el cual un médico le ha dicho, podría estar relacionado con alguna de las condiciones del 7-36? Si responde **Sí**, describa.       |
| 38 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Come esta persona A MENUDO cosas las cuales no son usualmente consideradas comestibles? (Por ejemplo: tierra, trozos de pintura, crayones, barro, almidón, periódico.) Si responde **Sí**, describa.       |
| 39 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Tiene esta persona problemas usando el baño o aprendiendo a usarlo? |
| 40 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Se lleva bien esta persona con los miembros de familia y compañeros de juego? |
| 41 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Tiene esta persona dificultad de aprendizaje? |
| 42 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Se mete esta persona en problemas en la escuela o no le gusta la escuela? |
| 43 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Ha tomado esta persona medicamentos recetados en los últimos 12 meses? ¿Para qué?       |
| 44 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Ha tomado esta persona medicamentos no recetados en los últimos 12 meses? (Por ejemplo: aspirina, antihistamínico, vitaminas, suplementos de alimentos.) Si así es, ¿cuáles medicamentos?       |
| 45 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Ha tenido esta persona alguna vez una reacción positiva al examen de la tuberculosis? |
| 46 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Recomendado para una Revisión de Adolescente. |
| 47 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | RESPONDER PARA MUJERES NACIDAS ANTES DEL 1972: ¿Tomó la madre de esta persona algún medicamento para prevenir un aborto espontáneo durante este embarazo? |

**HISTORIAL DE IMMUNIZACION: Indique la fecha (mes/día/año) en que esta persona recibió cada una de las siguientes.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de vacuna** | **Dosis 1** | **Dosis 2** | **Dosis 3** | **Dosis 4** | **Dosis 5** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

**SALUD MENTAL / EMOCIONAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uso Oficial** | **Sí** | **No** | **No Sabe** |  |
| 48 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Tiene esta persona un historial de:* problemas mentales o emocionales O
* tratamiento en una clínica u hospital por problemas mentales o emocionales?

Si responde **Sí** para cualquiera de las dos, explique.       |
| 49 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Ha sido alguien en la familia de esta persona alguna vez tratado u hospitalizado por problemas tales como depresión, ansiedad, cambios de humor, atentos de suicidio, abuso de drogas o alcohol? Si responde **Sí** para cualquiera de estos, explique.       |
| 50 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  ¿Ha abusado esta persona alguna vez de las drogas y/o alcohol? Si responde **Sí**, explique.       |
| 51 | Ha alguna vez esta persona[ ]  sentido desesperación o depresión [ ]  tenido exceso de energía o actividad[ ]  tenido períodos de llanto inexplicable [ ]  sentido que se quiere lastimar a si mismo[ ]  planeado o atentado suicidio [ ]  mostrado una conducta imprudente o peligrosa[ ]  tenido pensamientos peculiares o extraños [ ]  oído cosas que nadie más a su alrededor oye[ ]  tenido problemas para comer o dormir [ ]  mostrado emociones inapropiadas (demasiado o muy poco) (reacciones que no tienen nada que ver con la situación) |
| 52 | ¿Tiene esta persona uno de estos problemas en la escuela?[ ]  calificaciones bajas [ ]  pelea o discute con compañeros o maestros[ ]  dificultad haciendo amistades [ ]  miente o roba frecuentemente[ ]  expulsiones frecuentes de escuelas [ ]  ausencias frecuentes de las clases  |
| 53 | ¿Ha tenido esta persona alguno de los problemas siguientes en la casa o en la comunidad?[ ]  retraído socialmente (no quiere estar [ ]  aferrado al padre / madre, maestro, u otra persona alrededor de otras personas) [ ]  se escapa de la casa[ ]  miente o roba [ ]  problemas con la policía[ ]  pelea o discute con compañeros o [ ]  rehúsa a seguir instrucciones por parte de sus padres, hermanos o hermanas o a obedecer las reglas de la casa, etc. |

Criterios para Recomendación de Evaluación Futura

48. and 50. Recomendar una evaluación siquiátrica si hay una respuesta positiva.

49. Recomendar sólo si el criterio recomendado se cumple para cualquier otra pregunta.

51. Recomendar una evaluación siquiátrica si son marcadas algunas de las respuestas.

52. y 53. Recomendar una evaluación siquiátrica si son marcadas dos o más respuestas.

**EMBARAZO Y DESARROLLO**

Responder para todas las edades

ORDEN EN QUE NACIO esta persona. Indique marcando la casilla apropiada el orden en esta persona nació si fue el primero, segundo, etc. No incluya hermanos, hermanas nacidos muertos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  1ro | [ ]  2do | [ ]  3ro  | [ ]  4to | [ ]  5to | [ ]  6to | [ ]  7mo | [ ]  8vo | [ ]  9no | [ ]  10mo o después |
| EDAD DE LA MADRE EN ESTE NACIMIENTO | Marque una |  [ ]  Menor de 17 | [ ]  17-39 | [ ]  40 y mayor | [ ]  Desconocida |
| EDAD DEL PADRE EN ESTE NACIMIENTO | Marque una |  [ ]  Menor de 17 | [ ]  17-39 | [ ]  40 y mayor | [ ]  Desconocida |
| 54 | Sí | **No** | **No Sabe** | **HISTORIAL DEL EMBARAZO DE LA MADRE -** Respondersolamente para niños MENORES DE 6 AÑOS  |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Hubo algún sangrado durante este embarazo?  |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Nació el bebé antes de tiempo? Si así fue, ¿de cuántas semanas?       |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Hubo alguna otra dificultad o enfermedad durante este embarazo? (Por ejemplo: rubéola o sarampión alemán, presión sanguínea alta, nivel alto de azúcar en la sangre, enfermedades de transmisión sexual, etc.) Si responde **Sí**, describa.       |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Le tomaron alguna radiografía durante este embarazo? |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Tomó algún medicamento recetado o medicina durante el embarazo? (Por ejemplo: tranquilizantes, antibióticos, sedantes, medicina para los vómitos, medicinas –inyectadas o tomadas – para prevenir aborto espontáneo o sangrado.) Si responde **Sí**, describa.       |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Tomó algún medicamento no recetado durante el embarazo? (Por ejemplo: vitaminas, suplemento de hierro, aspirina frecuente, etc.) Si responde **Sí**, describa.       |
|  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | ¿Hubo algo fuera de lo común durante su parto o mientras daba a luz? Si responde **Sí**, describa.       |
| 55 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | **DESARROLLO DE EVENTOS SIGNIFICATIVOS -** Responder solamente para niños MENORES DE 6 AÑOS |

Peso al nacer:       lbs.       ozs. Largo       pulgadas

Marque la edad apropiada en que este niño hizo cada uno de los siguientes:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sigue un objeto con los ojos | Se rueda  | Se voltea al oír una voz | Se sienta solo | Actúa tímido en frente de extraños |
| [ ]  Todavía no  | [ ]  Todavía no  | [ ]  Todavía no  | [ ]  Todavía no  | [ ]  Todavía no  |
| [ ]  Antes de 1 mes | [ ]  Antes de los 2 meses | [ ]  Antes de los 3 meses | [ ]  Antes de los 5 meses | [ ]  Antes de los 5 meses |
| [ ]  De 1 a 4 meses | [ ]  De 2 a 5 meses | [ ]  De 3 a 8 meses | [ ]  De 5 a 9 meses | [ ]  De 5 a 10 meses |
| [ ]  Después de los 4 meses | [ ]  Después de los 5 meses | [ ]  Después de los 8 meses | [ ]  Después de los 9 meses | [ ]  Después de los 10 meses |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Camina solo | Puede decir una palabra | **Puede hablar en oraciones simples** | Come solo las comidas en trocitos  | Puede beber en taza solo |
| [ ]  Todavía no | [ ]  Todavía no | [ ]  Todavía no  | [ ]  Todavía no  | [ ]  Todavía no  |
| [ ]  Antes de los 11 meses | [ ]  Antes de los 9 meses | [ ]  Antes de los 20 meses | [ ]  Antes de los 2 años | [ ]  Antes de los 2 años |
| [ ]  De 11 a 15 meses | [ ]  De 9 de 12 months | [ ]  De 20 meses a 2 años y ½  | [ ]  Después de los 2 años | [ ]  Después de los 2 años |
| [ ]  Después de los 15 meses | [ ]  Después de los 12 meses | [ ]  Después de los 2 años y ½  |  |  |

Por la presente se otorga permiso para la evaluación médica de detención temprana de problemas de salud para

      y para la divulgación de información resultante a las autoridades de salud y a los proveedores de cuidado de salud

apropiadas. También se otorga permiso a tales autoridades y proveedores de salud para divulgar información al personal

 conduciendo el programa de evaluación médica.

##### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### FIRMA Relación con el paciente Fecha de la firma