

Tahoe Youth & Family Services

HISTORIA MÉDICA CONFIDENCIAL DEL CLIENTE (NIÑO 0-9 años)

Llenado por el cliente (niño/niña) o sus padres. Esta forma será examinada por el Director Médico.

Fecha: ____ / ____ / ____

N° de Cliente: _____

Nombre: _____

Sexo: M F Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Lugar de Nacimiento: _____

N° Seguro Social: _____

Estado de Salud: Excelente Bueno Favorable Pobre

Era el niño prematuro? Sí No Cuantas semanas? _____

Por favor marque abajo problemas de salud que has tenido, pasado o presente.

Nerviosismo/Ansiedad Insomnio Depresión

Por favor indique abajo su historia de tratamiento psiquiatrico/psicologico:

Ninguna

Enfermo externo (Fecha: ____ / ____ / ____) Donde: _____

Enfermo interno (Fecha: ____ / ____ / ____) Donde: _____

Por favor haz una lista de hospitalizaciones (incluyendo hospitalizaciones psiquiátricas):

EDAD	ENFERMEDAD/HERIDA/OPERACIÓN	RESULTADO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Has intentado cometer el suicidio? Sí No

¿Intentos sin hospitalizaciones? Sí No

Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____

Has tenido problemas con comida o con el peso, como bulimia, anorexia, comiendo demasiado o no comiendo? Sí No

¿Te has lastimado tú mismo(a) físicamente?

Sí No

¿has sido molestado o asaltado?

Sí No

¿Ha sido tratado por un doctor?

Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? _____ / _____ / _____

Por favor marque abajo cualquier problema, pasado o presente. Si ninguno, no marque nada.

PROBLEMA/SÍNTOMA	EDAD	P=PASADO/T =PRESENTE	PROBLEMA/SÍNTOMA	EDAD	P=PASADO/T =PRESENTE
Sin amígdalas	_____	_____	Problemas Dentales	_____	_____
Alergias/Asma	_____	_____	Desórdenes de comer	_____	_____
Emfisema	_____	_____	Dolores de cabeza frecuentes	_____	_____
Bronquitis	_____	_____	Depresión/Tendencias Suicidales	_____	_____
Pneumonia	_____	_____	Fatiga excesiva	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	Diarrea persistente (para semanas o meses)	_____	_____
Anemia	_____	_____	Riñon/Vejiga	_____	_____
Coagulación de Sangre	_____	_____	Polio	_____	_____
Presión Alta	_____	_____	Fiebre Reumática	_____	_____
Problemas de Corazón	_____	_____	Malaria	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Mononucleosis	_____	_____
Cancer o Tumor	_____	_____	Encefalitis	_____	_____
Epilepsia	_____	_____	Meningitis	_____	_____
Ictericia Amarilla	_____	_____	Problemas de la Piel	_____	_____
Úlceras	_____	_____	Manchas blancas en la boca	_____	_____
Artritis/Gota	_____	_____	Pérdida excesiva de peso	_____	_____
Tiroideo	_____	_____	Hiperactividad	_____	_____
Enfermedad del Hígado	_____	_____	Accidenta facilmente	_____	_____
Varicela	_____	_____	Lesión a la Cabeza	_____	_____
Sarampión	_____	_____			
Dolores de Oído	_____	_____			
Problemas de Vision	_____	_____			
Problemas con Oír	_____	_____			

Otros problemas: _____

Por favor escriba detalles sobre respuestas: _____

¿Estás tomando medicina corrientemente? Si la respuesta es “sí”, ¿cuáles?

MEDICINA:

SE TOMA PARA:

¿Alguna vez has tomado medicina para tu estado de humor (depresión, ansiedad) o para tu conducta (hiperactividad), tales como Paxil, Prozac, Zoloft, Ritalin, etc.? Sí No Inseguro(a)

Si la respuesta es “sí”, ¿cuáles? _____

¿Hay alguien en tu familia inmediata que está tomando una de estas medicinas? Sí No

Si la respuesta es “sí”, ¿quién, y qué está tomando? _____

¿Cuántas bebidas cafeinadas (sodas, café, té, té helado) tomas cada día? _____

¿Estan tus inmunizaciones (vacunas) al día? Sí No

Fecha de tu última vacuna de Tétano _____ / _____ / _____

Al presente, ¿tienes algún problema médico que puede interferir con tu participación en un programa de consejería? Sí No

Si la respuesta es “sí”, por favor explique: _____

¿Tienes seguro médico? Sí No Si “sí”, ¿con cuál compañía? _____

Si la respuesta es “no”, ¿tienes Medi-Cal? Sí No

Por favor provee una copia de su tarjeta y el número: _____ Seguro Social: _____

¿Dónde obtienes servicios médicos? Departamento de Salud Doctor(a) Privado(a)

¿Quién es tu doctor(a)? _____

SECCIÓN SERÁ COMPLETADA POR EL DIRECTOR MÉDICO

- No Se Exige Examen Físico
- Se Recomienda Examen Físico

Firma del Doctor

_____/_____/_____

Fecha

Notas del Doctor: _____
