

Vine School Health Center

Historia de familia & salud – Padres/Familiares

Fecha de hoy _____

Nombre de paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Persona que complete este formulario; y su relación al paciente: _____

Sexo: Varón Mujer

Historia de nacimiento

¿Dónde nació el/la paciente? _____ Peso al nacer _____

¿Tenía el/la paciente cualquier problema al nacer? **Sí** **No**

Si dice Ud. que sí, ¿que fueron los problemas? _____

Historia pasada de la salud

¿Tuvo el/la paciente una enfermedad grave en el pasado? **Sí** **No**

¿Necesitó el/la paciente hospitalización en el pasado? **Sí** **No**

Díganos detalles de la enfermedad u hospitalización: _____

Historia reciente de la salud

¿Toma el/la paciente algún medicamento cada día? **Sí** **No**

¿Cuáles son? _____

¿Tiene el/la paciente alergias? **Sí** **No**

¿A qué? _____

¿Tiene el/la paciente una enfermedad crónica? **Sí** **No**

Descríbalo: _____

¿Quién vive en casa con el/la paciente? _____

Marque si alguien en la familia tiene historia de las siguientes enfermedades:

	S	N	Relación al paciente
Enfermedades coronarias (o del corazón)			
Colesterol alto			
Ataque cerebral/derrame/embolia			
Cáncer			
Enfermedades de la sangre: anemia, anemia falciforme, etcétera			
Diabetes u otro problema endocrino			
Asma, respiración difícil, o la tuberculosis			
Problemas neurológicos como dolor de cabeza o convulsiones			
Cálculos renales o enfermedades de los riñones			
Problemas con la glándula tiroides			
Peso insuficiente o demasiado			
Debilidad del sistema inmunitario o infecciones frecuentes			
Problemas de los huesos o músculos			
Problemas con el estómago o el intestine como úlceras			
Ceguera, sordera, u otras problemas visuales o auditivos			
Retraso mental o problemas de aprendizaje			
Problemas de comportamiento			
Ansiedad, depresión, u otra enfermedad mental			
Abuso de drogas o alcohol			