



## HISTORIA DE SALUD DE 13 A 50 ANOS

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

1. Has tenido enfermedades serias? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO  
Si es asi, que clase? \_\_\_\_\_
2. Has estado en el Hospital? \_\_\_\_\_
3. Has tenido un accidente grave o serio? \_\_\_\_\_
4. Cuando tuviste la ultima vaccuna de el tetano? \_\_\_\_\_
5. Tienes alergia a alguna medicina? \_\_\_\_\_
6. Estas tomando medicinas ahora? \_\_\_\_\_
7. Han tenido los hermanos, padres o abuelos de su bebe los siguientes problemas?  
Alergias \_\_\_\_ Asma \_\_\_\_ defectos de nacimiento \_\_\_\_ diabetes \_\_\_\_ presion alta \_\_\_\_  
problemas de teroides \_\_\_\_ epilepsia \_\_\_\_ problemas de alcoholism \_\_\_\_ hepatitis \_\_\_\_ cancer \_\_\_\_  
tuberculosis \_\_\_\_ impedimientos fisicos \_\_\_\_ enfermedades mentales \_\_\_\_ problemas con drogas \_\_\_\_  
muerte antes de los 50 anos por ataque al Corazon \_\_\_\_
8. Alguien en casa fuma? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO
9. Ha abusado alguien de ti o de algun familiar fisicamente o sexualmente? \_\_\_\_\_
10. Tienes algunos de los siguientes problemas?  
Acne \_\_\_\_ sida \_\_\_\_ problemas de los hojos \_\_\_\_ problemas en la escuela \_\_\_\_  
problemas en la familia \_\_\_\_ desarrollo del cuerpo \_\_\_\_ aumento de peso \_\_\_\_  
problemas dentales \_\_\_\_ otra clase de problemas \_\_\_\_
11. Por favor conteste lo siguientes preguntas:  
Si estamos viendo a su bebe hoy por una enfermedad, que ubiera hecho usted si nuestra clinica hubiera estado cerrada?
  - a. Ido a otro doctor?
  - b. Ido a el cuarto de emergencia?
  - c. Ido a otra clinica?
  - d. Hubiera esperado mas hasta que la situacion se hubiera puesto peor?
  - e. No hubiera hecho nada porque no tiene como pagar?
12. Tiene usted algunas preguntas o preocupaciones de diferente razon por la que trajo a su bebe aqui hoy?  
\_\_\_\_\_

Firma de el Padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de el doctor o enfermera \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_