

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Han pasado más de 12 meses desde que esta persona tuvo un examen general con un médico?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Han pasado más de 12 meses desde que un médico examinó a esta persona por causa de una enfermedad o lesión?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Han pasado más de 12 meses desde que esta persona tuvo un examen general con un dentista?
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Han pasado más de 12 meses desde que esta persona fue examinada por un dentista por causa de una enfermedad o lesión?
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay algo sobre la salud, crecimiento o desarrollo de esta persona que le inquiete o preocupe? Si responde Sí, explique.
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre inexplicable	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómito o diarrea
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poco apetito o problemas para comer	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respira con dificultad o hace ruido al respirar
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones hinchadas
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la conciencia, desmayo	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo en el corazón
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herida en la cabeza	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de estómago frecuentes
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque, convulsiones, síncope	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la materia fecal
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la vejiga, intestino o urinarios
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con los ojos	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de oído, drenaje en los oídos	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salpullidos, eczema, urticaria, problemas de la piel
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangra de la nariz con frecuencia	29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varios moretones o hemorragias
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caídas y tropezones frecuentes
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la audición	31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gripes o infecciones frecuentes
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento					

Uso Oficial	Sí	No	No Sabe	
32				¿HA TENIDO ESTA PERSONA ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéola (Sarampión Alemán)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión (Rojo)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paperas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumáticas
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo o tiene esta persona alergias? Si responde Sí , describa.
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo o tiene esta persona asma?
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido esta persona accidentes serios? Si responde Sí , describa
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido esta persona enfermedades serias, operaciones u hospitalizaciones? Si responde Sí , describa
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene esta persona problemas usando el baño o aprendiendo a usarlo?
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se lleva bien esta persona con los miembros de familia y compañeros de juego?
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene esta persona dificultad de aprendizaje?
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se mete esta persona en problemas en la escuela o no le gusta la escuela?
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tomado esta persona medicamentos recetados en los últimos 12 meses? ¿Para qué?
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido esta persona alguna vez una reacción positiva al examen de la tuberculosis?
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recomendado para una Revisión de Adolescente.
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Tiene esta persona un historial de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • problemas mentales o emocionales O • tratamiento en una clínica u hospital por problemas mentales o emocionales? <p>Si responde Sí para cualquiera de las dos, explique.</p>										
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Ha sido alguien en la familia de esta persona alguna vez tratado u hospitalizado por problemas tales como depresión, ansiedad, cambios de humor, intentos de suicidio, abuso de drogas o alcohol? Si responde Sí para cualquiera de estos, explique.</p>										
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Ha abusado esta persona alguna vez de las drogas y/o alcohol? Si responde Sí, explique.</p>										
51	<p><u>Ha alguna vez esta persona</u></p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> sentido desesperación o depresión</td> <td><input type="checkbox"/> tenido exceso de energía o actividad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> tenido períodos de llanto inexplicable</td> <td><input type="checkbox"/> sentido que se quiere lastimar a si mismo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> planeado o atentado suicidio</td> <td><input type="checkbox"/> mostrado una conducta imprudente o peligrosa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> tenido pensamientos peculiares o extraños</td> <td><input type="checkbox"/> oído cosas que nadie más a su alrededor oye</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> tenido problemas para comer o dormir (demasiado o muy poco)</td> <td><input type="checkbox"/> mostrado emociones inapropiadas (reacciones que no tienen nada que ver con la situación)</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> sentido desesperación o depresión	<input type="checkbox"/> tenido exceso de energía o actividad	<input type="checkbox"/> tenido períodos de llanto inexplicable	<input type="checkbox"/> sentido que se quiere lastimar a si mismo	<input type="checkbox"/> planeado o atentado suicidio	<input type="checkbox"/> mostrado una conducta imprudente o peligrosa	<input type="checkbox"/> tenido pensamientos peculiares o extraños	<input type="checkbox"/> oído cosas que nadie más a su alrededor oye	<input type="checkbox"/> tenido problemas para comer o dormir (demasiado o muy poco)	<input type="checkbox"/> mostrado emociones inapropiadas (reacciones que no tienen nada que ver con la situación)
<input type="checkbox"/> sentido desesperación o depresión	<input type="checkbox"/> tenido exceso de energía o actividad													
<input type="checkbox"/> tenido períodos de llanto inexplicable	<input type="checkbox"/> sentido que se quiere lastimar a si mismo													
<input type="checkbox"/> planeado o atentado suicidio	<input type="checkbox"/> mostrado una conducta imprudente o peligrosa													
<input type="checkbox"/> tenido pensamientos peculiares o extraños	<input type="checkbox"/> oído cosas que nadie más a su alrededor oye													
<input type="checkbox"/> tenido problemas para comer o dormir (demasiado o muy poco)	<input type="checkbox"/> mostrado emociones inapropiadas (reacciones que no tienen nada que ver con la situación)													
52	<p><u>¿Tiene esta persona uno de estos problemas en la escuela?</u></p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> calificaciones bajas</td> <td><input type="checkbox"/> pelea o discute con compañeros o maestros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dificultad haciendo amistades</td> <td><input type="checkbox"/> miente o roba frecuentemente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> expulsiones frecuentes de escuelas</td> <td><input type="checkbox"/> ausencias frecuentes de las clases</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> calificaciones bajas	<input type="checkbox"/> pelea o discute con compañeros o maestros	<input type="checkbox"/> dificultad haciendo amistades	<input type="checkbox"/> miente o roba frecuentemente	<input type="checkbox"/> expulsiones frecuentes de escuelas	<input type="checkbox"/> ausencias frecuentes de las clases				
<input type="checkbox"/> calificaciones bajas	<input type="checkbox"/> pelea o discute con compañeros o maestros													
<input type="checkbox"/> dificultad haciendo amistades	<input type="checkbox"/> miente o roba frecuentemente													
<input type="checkbox"/> expulsiones frecuentes de escuelas	<input type="checkbox"/> ausencias frecuentes de las clases													

53 ¿Ha tenido esta persona alguno de los problemas siguientes en la casa o en la comunidad?

<input type="checkbox"/> retraído socialmente (no quiere estar alrededor de otras personas)	<input type="checkbox"/> aferrado al padre / madre, maestro, u otra persona
<input type="checkbox"/> miente o roba	<input type="checkbox"/> se escapa de la casa
<input type="checkbox"/> pelea o discute con compañeros o hermanos o hermanas	<input type="checkbox"/> problemas con la policía
	<input type="checkbox"/> rehúsa a seguir instrucciones por parte de sus padres, 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 - Responder solamente para niños MENORES DE 6 AÑOS
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hubo algún sangrado durante este embarazo?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nació el bebé antes de tiempo? Si así fue, ¿de cuántas semanas?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿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.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le tomaron alguna radiografía durante este embarazo?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿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.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tomó algún medicamento no recetado durante el embarazo? (Por ejemplo: vitaminas, suplemento de hierro, aspirina frecuente, etc.) Si responde Sí , describa.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿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
<input type="checkbox"/> Todavía no	<input type="checkbox"/> Todavía no	<input type="checkbox"/> Todavía no	<input type="checkbox"/> Todavía no	<input type="checkbox"/> Todavía no
<input type="checkbox"/> Antes de 1 mes	<input type="checkbox"/> Antes de los 2 meses	<input type="checkbox"/> Antes de los 3 meses	<input type="checkbox"/> Antes de los 5 meses	<input type="checkbox"/> Antes de los 5 meses
<input type="checkbox"/> De 1 a 4 meses	<input type="checkbox"/> De 2 a 5 meses	<input type="checkbox"/> De 3 a 8 meses	<input type="checkbox"/> De 5 a 9 meses	<input type="checkbox"/> De 5 a 10 meses
<input type="checkbox"/> Después de los 4 meses	<input type="checkbox"/> Después de los 5 meses	<input type="checkbox"/> Después de los 8 meses	<input type="checkbox"/> Después de los 9 meses	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Todavía no	<input type="checkbox"/> Todavía no	<input type="checkbox"/> Todavía no	<input type="checkbox"/> Todavía no	<input type="checkbox"/> Todavía no
<input type="checkbox"/> Antes de los 11 meses	<input type="checkbox"/> Antes de los 9 meses	<input type="checkbox"/> Antes de los 20 meses	<input type="checkbox"/> Antes de los 2 años	<input type="checkbox"/> Antes de los 2 años
<input type="checkbox"/> De 11 a 15 meses	<input type="checkbox"/> De 9 de 12 months	<input type="checkbox"/> De 20 meses a 2 años y ½	<input type="checkbox"/> Después de los 2 años	<input type="checkbox"/> Después de los 2 años
<input type="checkbox"/> Después de los 15 meses	<input type="checkbox"/> Después de los 12 meses	<input type="checkbox"/> 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