



## Alergias o reacciones adversas a los medicamentos

¿Hay algún medicamento que has tomado y te ha causado algún problema?

Medicamento	Motivos por los que ya no tomas el medicamento

Alergias a alimentos u otros tipos de alergias (incluso picaduras de abejas):

Alimento o sustancia	Reacción y tratamiento

### Historia clínica:

Tu peso al nacer: \_\_\_\_\_ ¿Fue tu nacimiento prematuro? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿con cuántas semanas de anticipación naciste? \_\_\_\_\_

¿Tuvo tu madre algún problema durante el embarazo y el parto?

¿Te hospitalizaron cuando naciste? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, ¿cuántos días? \_\_\_\_\_ ¿o semanas? \_\_\_\_\_

¿Qué problemas tuviste al nacer?

---



---



---



---



---

Por favor enumera cualquier enfermedad grave que has tenido y cualquier lesión que haya implicado la pérdida de conocimiento.

---



---



---



---



---

Enumera las hospitalizaciones y cirugías que has tenido, e incluye las fechas y los lugares.

---



---



---



---



---

**Antecedentes médicos personales: ¿Sufriste alguna vez una de las siguientes enfermedades o condiciones?:**

Condición o Enfermedad:	Sí	Edad
Anemia		
Asma		
Transfusión de sangre		
Cáncer		
Constipación		
Diabetes		
Infecciones de oído		
Problemas de alimentación		
Enfermedad cardíaca		
Hepatitis		
Convulsiones (Epilepsia)		
Tuberculosis		
Trastorno de déficit de atención		

Condición o Enfermedad::	Sí	Edad
Depresión		
Intento de suicidio		
Trastorno de conducta		
Ansiedad		
Deficiencias en el aprendizaje		
Retrasos en el desarrollo		
Trastorno de la alimentación		
Otra condición o enfermedad que no esté enumerada:		

Si la respuesta es sí a cualquiera de las condiciones o enfermedades mencionadas anteriormente, utiliza este espacio para hacer cualquier comentario adicional al respecto de las condiciones o enfermedades.

**Para los casos de convulsiones**, describe las convulsiones e incluye la frecuencia con la que ocurren, su duración y cuándo fue la última convulsión que tuviste.

---



---



---



---



---



---

¿Qué exámenes te han hecho anteriormente relacionados con estas condiciones o enfermedades, cuáles fueron los resultados y en dónde se realizaron (Imagen de Resonancia Magnética), tomografía computarizada, electroencefalograma, electrocardiograma, exámenes genéticos, pruebas de sangre, exámenes psicológicos, etc.)?

---



---



---



---

¿Qué tratamientos se han probado para estas condiciones y cuál fue el más exitoso?

---



---



---



---

Las condiciones o enfermedades (encierra en un círculo una opción):

(Permanecen iguales)

(Están mejorando)

(Están empeorando)

**Información General:**

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en la escuela: \_\_\_\_\_

Do you have an Individual Education Plan (IEP)? \_\_\_\_\_ ¿Tienes un plan 504? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a contactar en la escuela \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Utilizas servicios de rehabilitación vocacional? \_\_\_\_\_ Persona a contactar en Rehabilitación Vocacional \_\_\_\_\_

**Expediente médico reciente:**

Enumera el nombre, la dirección y el número telefónico de cualquier doctor u otro proveedor de cuidado de la salud que tenga los expedientes médicos más recientes de tus condiciones médicas o enfermedades.

Nombre	Especialidad	Dirección	Número de teléfono:

**Otra información:**

Enumera el nombre, la dirección y el número telefónico de cualquier persona que haya trabajado contigo con respecto a tu condición o enfermedad en los últimos dos años (por ejemplo, fisioterapeuta, farmacéutico, centro de cuidado de la salud, asistente social, enfermero escolar, etc.).

Nombre	¿Que hacen?	Dirección	Número de teléfono:

**Fechas de tus vacunas: (O adjunta una copia de tu registro de vacunas)**

DPT (difteria, tos ferina, tétano)/DT (difteria, tétano)	1.	2.	3.	4.	5.
TD (tétano, difteria)	1.	2.	3.	4.	5.
OPV (vacuna oral contra la poliomielitis)	1.	2.	3.	4.	5.
MMR (paperas, sarampión, rubéola)	1.	2.			
HIB (Haemophilus influenzae tipo b)	1.	2.	3.	4.	
Hep B (hepatitis B)	1.	2.	3.	4.	
Varicela	1.	2.			

**Antecedentes médicos familiares: ¿Ha sufrido alguno de tus familiares directos una de las siguientes condiciones o enfermedades?:**

Condición o Enfermedad:	Parentesco
Anemia	
Cáncer de mama	
Cáncer (Otro)	
Diabetes	
Ataque cardíaco	
Hipertensión arterial	
Colesterol alto	
Convulsiones	
Anemia drepanocítica	
Ataque Cerebral	
Problema de tiroides	
Tuberculosis	

Condition:	Parentesco
ADD (Trastorno de déficit de atención)/ADHD (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	
Alcoholismo	
Depresión	
Abuso de drogas	
Deficiencias en el aprendizaje	
Desorden maníaco /depresivo	
Suicidio	
Esquizofrenia	
Otras condiciones o enfermedades	

**Comentarios:**

---



---



---



---



---



---



---



---

**Información sobre la cobertura de seguro médico:**

Seguro	Número de póliza	Número de teléfono

¿Recibes Ingresos de Seguridad Social (SSI)?	SÍ	NO
¿Recibes beneficios médicos por medio del programa SSI?program?	SÍ	NO

**Contactos de emergencia:**

Nombre	Relación	Números de teléfono	
		(Trabajo)	(Hogar)

### Actividades de la vida diaria

	SÍ	NO
¿Tienes discapacidad visual?		
¿Usas anteojos o lentes de contacto?		
¿Padeces de problemas de audición o sordera?		
¿Usas un auxiliar auditivo?		
¿Tienes algún problema del habla?		
¿Usas el lenguaje de señas?		
¿Es inglés el idioma que prefieres?		
¿De lo contrario, ¿qué idioma hablas?		
¿Puedes caminar?		
¿Usas un andador?		
¿Usas una silla de ruedas?		
¿Usas una identificación de alerta médica regularmente?		

¿Qué otro tipo de ayuda usas para poder realizar tus actividades diarias?

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

¿Tienes alguna restricción para realizar tus actividades diarias? (¿Puedes conducir un automóvil?  
¿Necesitas una computadora para comunicarte? etc.)

---



---



---



---



---



---



---



---

**Tu proveedor de cuidado de la salud para adultos te hará preguntas en privado sobre tu sexualidad, el consumo de drogas, alcohol y tabaco.**