

**HISTORIAL DE SALUD ADOLESCENTE**  
De 11 a 17 años

<b>Información del paciente</b>	Fecha de hoy:
Nombre en el seguro: Apellido:                      Nombre:	Nombre con el que te identificas: Apellido:                      Nombre:
Fecha de nacimiento:	Pronombres:
Nombre(s) del tutor legal:	Parentesco con el paciente:
Idioma primario: ¿Necesitas un intérprete?	Farmacia preferida:
Raza:	Etnia:
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual Sexo legal: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	Identidad de género:
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Otro:	Grado en la escuela: ¿Trabajas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ocupación:
¿Estás transfiriendo la atención desde otro proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", nombre y teléfono del proveedor anterior:

¿Cuáles son tus principales motivos para acudir hoy a la clínica?: *Tenga en cuenta lo más prioritario.*  Establecer atención primaria

---



---



---

**Historial de salud**

	Alérgeno	Reacción	Gravedad	Edad de aparición
<input type="checkbox"/> Sin alergias				
<input type="checkbox"/> Necesita EpiPen				
<input type="checkbox"/> Ver adjunto				

\_\_ Ninguno  
 \_\_ Ver adjunto

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo de la prescripción

\_\_ Ninguno  
 \_\_ Ver adjunto

Suplemento	Dosis	Frecuencia	Motivo por el que lo tomas

Enumerar todas las enfermedades o diagnósticos conocidos, eventos importantes (cirugías, hospitalizaciones, accidentes) e imágenes. Si corresponde, incluir nombre del proveedor e información de contacto.

Diagnóstico	Fecha	Nombre del especialista	Contacto de la clínica

Eventos importantes: cirugías, hospitalizaciones, accidentes	Fecha	Imágenes (rayos x, resonancia magnética, tomografía computarizada, ultrasonido, ECG, ecografía, etc.)	Contacto de la clínica

Vacuna	Fecha	Vacuna	Fecha
TDaP (tétanos, difteria, tos ferina)		DTaP	
Rotavirus		Gripe estacional	
Haemophilus influenzae		Neumococo	
Poliovirus		Varicela/viruela	
Hepatitis A		Hepatitis B	
MMR (sarampión, paperas, rubéola)		Meningococo	
VPH/Gardasil		COVID	
Otras vacunas:			

**Historial de salud familiar:** (Incluir casos de cáncer, hipertensión, abuso de sustancias, diabetes, diagnósticos cardíacos, etc.)

Parentesco	Edad, si vive	Edad de la muerte	Historial médico
Madre			
Abuela materna			
Abuelo materno			
Padre			
Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Hermanos			

**Historial social y evaluación de seguridad**

¿Con quién vives?	Familiares en el hogar:
¿Tienes suficiente para comer? __ Sí __ No	¿Vives en una vivienda estable? __ Sí __ No
¿Hay detectores de humo y monóxido de carbono en tu casa? __ Sí __ No	¿Hay problemas de humedad en tu casa? __ Sí __ No
¿Tienes transporte estable? Sí No	¿Sufres acoso? Sí No
¿Hay armas en tu casa? __ Sí __ No Si la respuesta es "Sí", ¿están almacenadas de forma segura? __ Sí __ No	¿Usas el cinturón de seguridad en el automóvil? __ Sí __ No ¿Usas casco cuando se recomienda hacerlo? __ Sí __ No
Consumo de tabaco: __ Nunca consumo __ Antes consumía __ Consumo actualmente	Consumo de alcohol: __ Nunca consumo __ Antes consumía __ Consumo actualmente

Tipo de productos de tabaco utilizado: Si fumas, ¿cuántas cajetillas fumas al día? Fecha de inicio:                      Fecha en que lo dejaste:	Si bebes, ¿cuántas bebidas consumes por semana? ¿Te gustaría hablar sobre dejar de fumar? __ Sí __ No
Consumo de sustancias: __ Nunca consumo __ Antes consumía __ Consumo actualmente	Sustancias utilizadas: ¿Historial de uso de drogas intravenosas? __ Sí __ No ¿Quieres que te administremos Narcan hoy? __ Sí __ No
¿Eres sexualmente activo/a? __ Sí __ Actualmente no __ Nunca	Anticonceptivos/Protección utilizada: __ Abstinencia __ Capuchón cervical __ Condón __ Diafragma __ Parche __ Implante __ Inyección __ DIU __ Pastillas __ Anillo vaginal __ Esterilización __ Conciencia de la fertilidad __ Coito interrumpido
Sexo asignado al nacer de la pareja (esto nos ayuda a evaluar el riesgo general):	¿Alguna vez has dado positivo de una ITS? __ Sí __ No Si la respuesta es "Sí", ¿de qué enfermedad era el positivo?
Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia crees que alguien te hizo algo de lo siguiente?	
Dañarte físicamente	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Frecuentemente
Insultarte o hablarte con desdén	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Frecuentemente
Amenazarte con daño físico	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Frecuentemente
Gritarte o maldecirte	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Frecuentemente
Obligarte a tener sexo	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Frecuentemente

**Revisión de sistemas:** Indica si has experimentado alguno de los siguientes síntomas durante el año pasado.

Sistema	Síntomas	Información adicional
Constitución	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Disminución del apetito <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Aumento de la sed	<input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío
Ojos, boca, garganta, nariz y oídos	<input type="checkbox"/> Lentes correctivos <input type="checkbox"/> Puntos ciegos <input type="checkbox"/> Irritación ocular <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Vértigo <input type="checkbox"/> Presión en el oído <input type="checkbox"/> Presión en la cara <input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Sangrado de encías <input type="checkbox"/> Ronquidos/apnea <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Dolor de boca	<input type="checkbox"/> Cambio en la visión <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos <input type="checkbox"/> Sangrados nasales frecuentes <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Problemas dentales  Último examen dental: Proveedor:  Último examen de la vista: Proveedor:

Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Extremidades frías <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Aturdimiento <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas <input type="checkbox"/> Disminución de la resistencia	<input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Antecedentes de fiebre reumática	
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Dificultad para estar acostado/a	
Digestivo	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Heces alquitranadas <input type="checkbox"/> Exceso de gases	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Heces con mucosidad	<input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Reflujo ácido <input type="checkbox"/> Infección por parásitos	
Genitourinario	<input type="checkbox"/> Pérdida de orina <input type="checkbox"/> Orinar con mayor frecuencia <input type="checkbox"/> Micción lenta	<input type="checkbox"/> Micción incompleta <input type="checkbox"/> Mayor urgencia para orinar <input type="checkbox"/> Despertarse para orinar	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Antecedentes de piedras <input type="checkbox"/> ITU frecuentes	
Músculos y huesos	<input type="checkbox"/> Dolores musculares <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Calambres musculares <input type="checkbox"/> Antecedentes de fracturas	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones <input type="checkbox"/> Dolor de cuello	
Piel	<input type="checkbox"/> Cambios en un lunar <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Cambio en cabello/uñas <input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Lesiones en la piel <input type="checkbox"/> Soriasis <input type="checkbox"/> Picazón	¿Ves a un dermatólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor:
Neurológico	<input type="checkbox"/> Pérdida de consciencia <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Cambios en la forma de caminar <input type="checkbox"/> Cambios en la memoria	<input type="checkbox"/> Hormigueo / entumecimiento <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Antecedentes de conmoción cerebral <input type="checkbox"/> Espasmos/tics	<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Cambios en el habla	
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Ataques de pánico <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Humor cambiante <input type="checkbox"/> Paranoia	¿Ves a un terapeuta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor:
Sangre, sistema linfático, sistema inmunitario	<input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/> Moretones <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/> Sangrado fácil <input type="checkbox"/> Antecedentes de transfusión <input type="checkbox"/> Enfermedades frecuentes	
Reproductivo	<input type="checkbox"/> Disminución de la libido <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Antecedentes de hernia <input type="checkbox"/> Menstruación irregular <input type="checkbox"/> Manchado intermenstrual <input type="checkbox"/> Menstruaciones abundantes <input type="checkbox"/> Dolor vaginal <input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> Calambres fuertes <input type="checkbox"/> Lesión vaginal <input type="checkbox"/> Picazón/ardor <input type="checkbox"/> Secreción anormal <input type="checkbox"/> Olor anormal <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal <input type="checkbox"/> Dolor pélvico <input type="checkbox"/> Antecedentes de PAP anormal	<input type="checkbox"/> Dolor testicular <input type="checkbox"/> Bulto testicular <input type="checkbox"/> Dolor de pene <input type="checkbox"/> Secreción del pene <input type="checkbox"/> Lesión en el pene <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil	
Mamario	<input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Cambios en la piel del pecho	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Secreción del pezón	<input type="checkbox"/> Hoyuelos en el pecho	

## DetECCIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD BUCAL

Esta herramienta fue desarrollada por la Academia Estadounidense de Pediatría para evaluar los riesgos para la salud bucal. Su objetivo es ayudar a documentar los factores de riesgo de caries dentales.

Factores de riesgo	Factores de protección
El cuidador principal tuvo caries activas en los últimos 12 meses ___ Sí ___ No	Atención dental existente ___ Sí ___ No
El cuidador principal no tiene dentista ___ Sí ___ No	Bebe agua fluorada o toma tabletas de flúor ___ Sí ___ No
Usa botellas o vasos para sorber para líquidos que no sean agua ___ Sí ___ No	Tratamiento con flúor en los últimos 12 meses ___ Sí ___ No
Meriendas frecuentes ___ Sí ___ No	Se cepilla los dientes dos veces al día ___ Sí ___ No
Tiene necesidades especiales de atención médica ___ Sí ___ No	
Elegible para Medicaid ___ Sí ___ No	

## EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentir tristeza, depresión o desesperanza				
Poco interés o placer al hacer cosas				
Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido/a, o dormir demasiado				
Falta de apetito, pérdida de peso o comer en exceso				
Sentir cansancio o tener poca energía				
Sentirse mal consigo mismo/a, sentir que eres un fracaso o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia				
Problemas para concentrarte en cosas como el trabajo escolar, leer o mirar televisión				
Moverse o hablar tan lentamente que otras personas lo hayan notado o estar más inquieto/a de lo habitual				
Pensamientos de que estarías mejor muerto/a o de desear lastimarse de alguna manera				
Durante el año pasado, ¿te has sentido deprimido/a o triste la mayoría de los días, incluso si a veces te sentías bien?			Sí	No
¿Qué tanto han dificultado estos problemas el hacer tus trabajos, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con la gente?	No lo han dificultado en nada	Lo han dificultado un poco	Lo han dificultado mucho	Lo han dificultado en extremo
¿Hubo algún momento durante el último mes en el que hayas pensado seriamente en poner fin a tu vida?			Sí	No
¿Alguna vez, en toda tu vida, has intentado suicidarte?			Sí	No

**GAD-7**

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te han molestado los siguientes problemas?

Sentirte nervioso/a, ansioso/a o al límite	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
No poder detener o controlar tu preocupación	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Preocuparte demasiado por diferentes cosas	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Tener dificultades para relajarte	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Sentir tanta intranquilidad que no puedes quedarte quieto/a	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Molestarte o irritarte fácilmente	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Sentir miedo como si estuviera por pasar algo terrible	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días

**Cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo**

¿Alguna vez has tenido una etapa en la que no eras el mismo o la misma de siempre y ...

te sentiste tan bien o tan hiperactivo/a que otras personas pensaron que no eras tu yo normal, o estabas tan hiperactivo/a que te metiste en problemas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	estabas tan irritable que le gritaste a otras personas o iniciaste peleas o discusiones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
te sentiste mucho más seguro/a de ti mismo/a que lo habitual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	dormiste mucho menos de lo habitual y descubriste que realmente no lo necesitabas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
hablabas mucho más o hablabas más rápido de lo habitual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	los pensamientos se aceleraban en tu cabeza o no podías frenar tu mente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

te distraías tan fácilmente con las cosas que te rodeaban que tenías problemas para concentrarte o mantenerte en algo?	Sí No	tenías mucha más energía de lo habitual?	Sí No
eras mucho más sociable o extrovertido/a que de costumbre? (por ejemplo, llamaste por teléfono a amigos en medio de la noche)	Sí No	estabas mucho más interesado en el sexo que de costumbre?	Sí No
hiciste cosas que eran inusuales para ti o que otras personas podrían haber considerado excesivas, tontas o arriesgadas?	Sí No	gastar dinero te metió a ti o a tu familia en problemas?	Sí No
Si marcaste Sí en más de una de las respuestas anteriores, ¿varias de estas cosas sucedieron durante el mismo período de tiempo?			Sí No
¿En qué medida esto te causó alguno de estos problemas?: poder trabajar; tener problemas familiares, económicos o legales; entrar en discusiones o peleas Ningún problema    Problemas menores    Problemas moderados    Problemas graves			
¿Alguno de tus parientes consanguíneos ha tenido una enfermedad maníaco-depresiva o un trastorno bipolar?			Sí No
¿Alguna vez un profesional de la salud te ha dicho que padeces una enfermedad maníaco-depresiva o un trastorno bipolar?			Sí No