

WPG WHITTIER PEDIATRICS PERIODIC HEALTH EXAM-INTERNAL HISTORY
PEDIATRIC GROUP Established Patient

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del Ultimo Examen Fisico: _____ Edad: _____ Persona Completando el Cuestionario: _____

Para los pacientes mayores de 18 años: ¿tiene un directivo de decisiones futuras sobre atención médica? No Sí
 Si su repuesta es no, ¿quieres información sobre directivo de decisiones futuras sobre atención médica? No Sí
 ¿Desde el último examen, ha tenido el paciente una operación o estado hospitalizado? No Sí
 Si su repuesta es si, por favor de listar: _____

¿Desde el último examen, ha visitado el paciente a un centro de cuidado de urgencia? No Sí
 Si su, repuesta es si, por favor de listar: _____

¿Desde el último examen, ha sufrido el paciente una lesión o enfermedad seria? No Sí
 Si su, repuesta es si, por favor de listar: _____

¿Sufre el paciente de una alergia de medicamentos, alimentos, o otras sustancias? No Sí
 Si su, repuesta es si, por favor de listar la reacción: _____

Por favor de listar los medicamentos que el paciente esté usando (incluye los medicamentos sin receta, remedios naturales, vitaminas, etc.). Por favor sea bien específico de la dosis, potencia y frecuencia: _____

¿Están las vacunas del paciente al día? No Sí

¿Tuvo el paciente una mala reacción a su última vacuna? No Sí
 Si su, repuesta es si, por favor de listar la reacción: _____

¿Recibió el paciente una vacuna en su último examen fisico? No Sí
 Si su repuesta es si, por favor de listar cuales vacunas recibió: _____

Historia Social

¿Habido cambios en la familia últimamente? No Sí
 ___ Nuevo bebé ___ muerte de miembro de familia ___ Divorcio/Separación-¿Cuales son los arreglos de custodia/del visitation? _____

¿Un trabajo o casa nueva ___ Enfermedad nueva de un miembro de familia ___ Otro _____

¿Quien vive con el paciente? _____

Crecimiento y Desarrollo:

¿Tienes Usted preocupaciones del desarrollo físico, intelectual, o emocional del paciente? No Sí
 Si su repuesta es si, explique: _____

Historia Academia:

¿Asista el paciente a la escuela o la pre-escolar? No Sí

¿Educación en el hogar? No Sí

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Calificaciones: _____

¿Asista el paciente a las clases de educación especiales? No Sí

¿Tiene el paciente problemas con la disciplina o su comportamiento en la escuela? No Sí

¿Lo visto el paciente un psicólogo, terapeuta de comunicación, maestro de educación especial, o fisico terapeuta? Si su repuesta es si, cuales fueron los resultados: _____

Nutrición

¿Tiene el paciente unas alergias severas a los alimentos? Si su repuesta es si, explique: _____ No Sí

¿Esta el paciente en una dieta especial (alergias al los alimentos diabetes, etc.)? Si su, repuesta es si, explique: _____ No Sí

¿Usted piensa que el paciente mantiene una dieta bien balaceada? Si su repuesta es no, explique _____ No Sí

Enfermedades Contagiosas-Reciente: ___ Sarampión ___ Varicela ___ Otra: _____

Historia Medica:Algunos problemas con: Dormir Mojar la cama Morder la unas Estatura o Peso Poder hablar**Síntomas o Preocupaciones Significantes el las siguientes areas:**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perdida de audición | <input type="checkbox"/> Indigestión o acidez | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormiguero |
| <input type="checkbox"/> Sonidos en los oídos | <input type="checkbox"/> Nausea /vomito persistente | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza-frecuente |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oido-frecuente | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal (> 2 semanas) | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Cambio de hábitos de baño | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda persistente |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Fractura de hueso/articulación |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Ronchas |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Sangre en el heces | <input type="checkbox"/> Alergias de la piel |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de ojos-frecuente | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Sangrar de la nariz | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Soriasis |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de los sino | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado/vesícula | <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta – frecuente | <input type="checkbox"/> Infección de orine | <input type="checkbox"/> Nervios |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cambios en orinar | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Ronco prolongado | <input type="checkbox"/> Sangre en el orine | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Cálculos de los riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Mal humor |
| <input type="checkbox"/> Asma/Resuello | <input type="checkbox"/> Aumento/perdida de peso | <input type="checkbox"/> Fobias |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas con auto-estima |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Contusiones de piel | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Soplo | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/asimientos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Desmaío | <input type="checkbox"/> Latidos de corazón irregular | <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos |
| <input type="checkbox"/> Tremores de mano | <input type="checkbox"/> Derrame celebrar | |

Uso de Substancias/Tratamiento:

- ¿Usa el paciente ahora o has usado las drogas ilícitas? No Sí
 tipo: _____
- ¿Usa el paciente ahora o has usado los esteroides o suplementos nutricionales? No Sí
 tipo: _____
- ¿Ha recibido el paciente tratamiento para la adición o abuso de las drogas ilícitas? No Sí
 Cuando/Donde: _____
- ¿Usa el paciente ahora o has usado tabaco? No Sí
 Si su, repuesta es si, ¿cuánto?: _____
- ¿Esta el paciente expuesto al humo de segunda mano? No Sí
- ¿Toma ahora o has probado alcohol el paciente? No Si

Historia Sexual:

- ¿Esta el paciente activo sexualmente? No Si
- ¿Usa el paciente los anticonceptivos? No Si
 Si su repuesta es si, ¿cuales?: _____
- ¿Tiene el paciente una historia de las enfermedades transmitidas sexualmente? No Si
 Si su repuesta es si, fecha de tratamiento _____
- ¿Esta usando el paciente los condones para protegerse de las enfermedades transimtidas sexualmente? No Si

Historia Menstrual/Reproductiva (Solamente Hembras)

- Edad de su primera periodo: _____ Fecha de inicio de la ultima periodo: _____
- Flujo: Ligero Mediano Espeso Duración: _____
- ¿Tienes un periodo cada mes? No Si
- ¿Tienes dolor durante su periodo? No Si
- Fecha de su ultima papanicolaou: _____ ¿Donde lo hizo?: _____
- ¿Tienes unas dudas o comentarios no expresados en lo anterior?: _____

PRACTITIONER: _____ MD DO NP PA DATE: _____