

HISTORIA CLÍNICA DE ADOLESCENTES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué problema de salud presenta el niño? _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Grado escolar: _____

¿El niño consume tabaco? _____ ¿Qué cantidad diaria? _____

¿El niño consume alcohol? _____ ¿Qué cantidad, con qué frecuencia? _____

¿Qué drogas sin prescripción médica consume el niño?

¿La madre del niño consumía tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo? Sí / No

Nombre del médico de atención primaria, dirección y número de teléfono: _____

Enumere todos los medicamentos prescritos y no prescritos que actualmente toma el niño.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	¿Cuál es la razón?	Médico que lo prescribe

¿El niño padece alguna alergia? _____

¿El niño presenta alguna circunstancia que requiera adaptaciones especiales? Sí / No

Describe cualquier problema de salud serio que el niño haya tenido en el pasado: _____

¿El niño tuvo algún problema (actualmente o en el pasado) con cualquiera de lo siguiente?

Observaciones:

Visión	Sí / No	_____
Habla	Sí / No	_____
Audición	Sí / No	_____
Aprendizaje	Sí / No	_____
Aprender a:		
➤ Sentarse	Sí / No	_____
➤ Gatear	Sí / No	_____
➤ Hablar	Sí / No	_____
➤ Caminar	Sí / No	_____
➤ Ir al baño	Sí / No	_____

¿El niño se encuentra al día con la vacunación? Sí / No

¿A qué escuela asiste el niño? _____ ¿Grado? _____

¿Cómo le va al niño en la escuela? _____

¿El niño recibe servicios especiales en la escuela? _____

Agregue cualquier comentario acerca de la salud del niño que le gustaría compartir con nosotros.

Persona que completa el formulario y la relación con el niño: _____