HISTORIA MEDICA PEDIATRICA

(Edad 2 meses -12 años)

Nombre del Paciente:		•	Fecha	de Nacimiento	o:	
Persona completando la forma:	[] Madre	ſ] Padre	[] Familiar	[] Otra Pe	ersona
HISTORIA MEDICA	•		•		-	
Enliste todas las alergias de su hijo (a) (medicam	entos/cor	nida/ambient	e):		
Si su hijo (a) a no ha tenido ninguna e	nfermedad	marque c	on una "x" la	siguiente caja []	
Favor de contestar a todas las preg	untes que	apliquen	a su hijo (a)) <i>:</i>		
Rinitis alérgica		□ Si	Diabet	tes		□ Si
Anemia		□ Si	Proble	emas de la vista		□ Si
Asma		□ Si	Convu	ılsiones		□ Si
Desorden de déficit de atención		□ Si	Fractu	ıras		□ Si
Desorden de déficit de atención con hiperactividad		□ Si	Perdic	la del oído		□ Si
Enfermedades de la sangre		□ Si	Infante	e prematuro		□ Si
Cáncer Tipo:		□ Si		recibe educaci	ión especial?	□ Si
Parálisis cerebral		□ Si		tad para el habla	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	□ Si
Retraso mental		□ Si		o gastroesofágio		□ Si
HISTORIA DE HOSPITALIZACIONE Favor de enlistar cirugias y Hospitaliza			Si □ No - favo	or de enlistar las	razones de la	hospitalizacion y fecha
Tavor de ermotar on agrae y Froepitanza		viuo: 🗆 C		ac ciliotal las		Troopitalization y recita
HISTORIA SOCIAL						
Favor de checar todas las opciones Vive con padres	s que apiiqi	u en a su □ Si		n la escuela		□ Si
Vive con padres adoptivos		□ Si		tiempo en guard	lería	□ Si
Vive en casa hogar		□ Si		expuesto a humo		□ Si
Otros:		□ Si		rmas de fuego e		□ Si
		.	ı ıay aı	illias de luego e		
HISTORIA FAMILIAR Favor de marcar con una (✓) si alg	uno do oot	aa anaia	noo onligan	o un miombro	do la familia d	o ou hijo (o)
Historia Familiar	Madre	Pad		Herman		Abuelos
Alcoholismo	Iviauie	Fau	16	Heiman	103	Abueios
Enfermedades de la sangre						
Cáncer Tipo:						
Diabetes						
Uso de drogas						
Enfermedades genéticas						
Alto colesterol						
Alta presión						
Enfermedad renal						
Convulsiones						
Enfermedad de células falciformes						
Embolia						
			ı			

Nombre de la persona completando esta forma: ______ Fecha: _____ 5/28/2015

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

9 - 11 años (9 - 11 Years)

	nbre del niño (nombre y llido)	Fecha de nacimiento	☐ mujer ☐ hombre	Fecha	de hoy		¿Año escolar?
Pers	sona que llena el formulario	Padre/madre	Familiar 🗌	Amigo	Tuto	or Asis	tencia escolar
		Otro (especifique	e)			¿Re	gular? 🗌 Sí 🔲 No
Enc. Aseg	favor intente responder todas las ierre en un círculo la palabra "On gúrese de hablar con el médico si respuestas estarán protegidas con	nitir" si no sabe una r tiene preguntas sobre	espuesta o no c e cualquier sec	desea re	espondei	·.	¿Necesita un intérprete?
Dus							Clinic Use Only: Nutrition
1	¿Su hijo bebe o come 3 porcio calcio, como leche, queso, yog <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich fe</i>	ur, leche de soja o t		Sí Yes	No	Omitir Skip	
2	¿Su hijo come frutas y verdura Child eats fruits and vegetables at least two ti		al día?	Sí Yes	No	Omitir Skip	
3	¿Su hijo come alimentos con a alimentos fritos, papitas, helad semana? Child eats high fat foods more to	o o pizza más de un		No	Sí Yes	Omitir ^{Skip}	
4	¿Su hijo bebe más de una taza Child drinks more than one cup of juice per de		a?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
5	¿Su hijo toma refresco, jugos, energizantes u otras bebidas er semana? Child drinks soda, juice/sports/ethan once per week?	ndulzadas más de un	a vez por	No	Sí Yes	Omitir Skip	
6	¿Su hijo hace ejercicio o juega de la semana? Child exercises or plays			Sí Yes	No	Omitir Skip	Physical Activity
7	¿Le preocupa el peso de su hijo Concerned about child's weight?	ο?		No	Sí Yes	Omitir Skip	
8	¿Su hijo ve televisión o juega j horas al día? Child watches TV or plays	_	:	Sí Yes	No	Omitir Skip	
9	En su hogar, ¿hay un detector de Home has a working smoke detector?	de humo que funcio	ne?	Sí Yes	No	Omitir Skip	Safety
10	En su hogar, ¿está pegado cerc Centro de control de intoxicaci Home has phone # of the Poison Control Cent	iones (800-222-1222		Sí Yes	No	Omitir ^{Skip}	

		:	:	:	
11	¿Su hijo siempre usa cinturón de seguridad en el asiento trasero (o usa un asiento para niños) si mide menos de 4'9"? Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?	Sí Yes	No	Omitir Skip	
12	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? Child spends time near a swimming pool, river, or lake?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
13	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? Child spends time in home where a gun is kept?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
14	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que lleve un arma de fuego, un cuchillo u otra arma? Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
15	¿Su hijo siempre usa casco cuando monta en bicicleta, patineta o scooter? Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?	Sí Yes	No	Omitir Skip	
16	¿Su hijo ha presenciado o ha sido víctima de abuso o violencia? Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
17	¿Su hijo ha golpeado a alguien o alguien lo ha golpeado en el último año? Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
18	¿A su hijo alguna vez lo han acosado o se sintió inseguro en la escuela o su vecindario (o lo acosaron por Internet)? Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
19	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? Child brushes and flosses teeth daily?	Sí Yes	No	Omitir Skip	Dental Health
20	¿Su hijo con frecuencia parece triste o deprimido? Child often seems sad or depressed?	No	Sí Yes	Omitir Skip	Mental Health
21	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? Child spends time with anyone who smokes?	No	Sí Yes	Omitir Skip	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	¿Su hijo ha fumado alguna vez cigarrillos o mascado tabaco? Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
23	¿Le preocupa a usted que su hijo pueda estar usando drogas, u oliendo sustancias tales como pegamento, para drogarse? Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?	No	Sí Yes	Omitir Skip	

24	¿Le preocupa que su hijo pueda estar tomando alcohol, tal como cerveza, vino, refrescos con contenido de alcohol o licor? Concerned that child may be drinking alcohol?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
25	¿Su hijo tiene amigos o familiares que tienen problemas con las drogas o el alcohol? Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
26	¿Su hijo o hija ha empezado a salir con novios o novias? Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
27	¿Cree que su hijo pueda estar sexualmente activo? Thinks child might be sexually active?	No	Sí Yes	Omitir Skip	
28	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre la salud o conducta de su hijo? Questions or concerns about child's health or behavior?	No	Sí Yes	Omitir Skip	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
Nutrition					
Physical Activity					
Safety					
☐ Dental Health					
☐ Tobacco Exposure					☐ Patient Declined the SHA
PCP's Signature]	Print Name:		Date:
			SHA ANNUAL R	EVIEW	
PCP's Signature			Print Name:	EVIEW	Date:
					_
PCP's Signature		J	Print Name:		Date:
PCP's Signature]	Print Name:		Date:



Cuestionario para evaluación de Riesgo de Tuberculosis

recna:							
Nombr	e :			Fecha de na	ncimiento:		
* Si su I	nijo tiene una	a cita el día de hoy, fav	vor de llenar éste cu	uestionario co	n información pertin	ente al niño	o(a).
Indiqu	ue si manif	iesta alguno de los	siguientes síntor	nas:			
Tos	Fiebre	Pérdida de apetito	Tos con sangre	Fatiga	Pérdida de Peso	Sudores I	Nocturnos
		ia vez ha tenido una p ta es sí, responda A		•		Sí	No
	-	si ha tenido una pr	ueba con resulta	do positivo:			
B. Fech C. Tom	na de la últir 10 algún trat	eba positiva: ma radiografía de tóra :amiento preventivo? imiento preventivo:		Normal: Sí	No		
2. Indi	que si en las	s últimas 4 semanas h , paperas o sarampiór		ontra la varic	ela, gripe,	Sí	No
		tacto con alguien que		s?		Sí	No
		5 años ha vivido o tra , o con padres adoptiv		hospital, hog	ar de ancianos,	Sí	No
5. ¿Na	ció usted en	Asia, África, América del Sur o México?		Europa del Es	ste, Islas del	Sí	No
		2 años ha viajado a A Pacífico, América del S		a Latina, el C	aribe, Europa	Sí	No
7. ¿Est	á usted acti	ualmente sin hogar, tr	abajador migrante	e, consume dr	ogas?	Sí	No
contesta leída. En presento tratamie Forma	das a mi satistiendo los rie síntomas de nto adicional completad	ón sobre la prueba de la sfacción. Estoy de acuer esgos y beneficios de la p tuberculosis, o la prueb puede ser necesario.	do en regresar en 48 brueba de la tubercul a de la tuberculina e	B a 72 horas pa ina y solicito s s positiva, nec	ra que mi prueba de e me administre. Ent esito tener seguimier	la tuberculo iendo que si	sis sea
Relació	on con el pa	aciente: (Yo), (Padre), (Tutor), (Otro):				

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE	
FECHA DE NACIMIENTO/	/
mes día	año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

		SÍ	no	sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?				
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente vacunas o al látex?	e de las			
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado),			
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pudel corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un tra de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?				
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo a de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	•			
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?				
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	do el niño			
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sist	tema inmunológico?			
9. ¿En los últimos 3 meses el niño ha tomado medicamentos que afecten el inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos conti medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermeda psoriasis; o tuvo tratamientos de radiación?	ra el cáncer;			
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicar	•			
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que que embarazada durante el próximo mes?	uede			
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?				
FORMULARIO LLENADO POR FORMULARIO REVISADO POR ¿Trajo su comprobante de vacunación hoy? sí Es importante que tenga un comprobante de vacunación pe			no lo tie	
al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela,	. Su hijo necesitará este d	ocumento	importai	



Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

Que es lo que tú comes? (Edades 8-19)

Encierra en un círculo el nombre de los alimentos que comes con frecuencia:

Para uso oficial -No lo complete Hierro/Proteína Circle to indicate the topics discussed: Alimentación Saludable Pollo/Pavo Jamón/Cerdo Mariscos Huevos Tofu Regular meals/snacks Importance of breakfast Hamburguesas Pollo frito Tacos Pizza Maní inadequate food supply Pan Integral Crema de cacahuate Cereal Salchichas Arroz Low fat dairy foods Burrito Carne/frijoles Tortilla Carne res Pasta Sopa de fideos High sugar foods Pan Dulce Frijoles/Lentejas Pan blanco **Papas** Other: __ Vegetales de hoja verde Espaguetis con albóndigas Iron/Protein **Frutas y Vegetales** 2-3 servings daily Plátano 100% Jugo Peras Chícharos Pepino Brócoli High iron foods Piña Pimientos Naranja Zanahorias Manzana Mango Plant protein sources such as Uvas Papas Elotes Melón Chiles picantes Tomates beans, peas, lentils, nuts, etc. Fresas Ensalada verde Repollo **Ejotes** Durazno Sandia Limit high fat foods Vegetales de hoja verde Camote **Fruits and Vegetables Bocadillos** 2-4 fruits daily or more 3-5 vegetables daily or more Pastel de Chocolate Papas fritas Donas Dulces Vitamin C sources fruta Vegetales Chetos Totopos Galletas Vitamin A sources Bagels Calcium Pan dulce Palomitas de Pretzels Galletas Frutas maíz saladas 3-4 servings dairy foods/day Nonfat or 1 % milk Lowfat **Bebidas** dairy choices Low lactose Bebidas deportivas 100% Jugo de fruta Vino Sodas alternative Calcium Bebidas alcohólicas Refrescos Café Té dulce fortified foods Cerveza Vino helado Té de hierbas Agua Other food sources of calcium Refrescos con sabor fruta Refrescos de café Bebidas energizantes Snacks High-sugar snacks High-Calcio fat snacks Leche 2 % Mantequilla de almendra Leche sin grasa Ciruelas Leche entera Fruit/vegetable snacks Leche 1 % Pastel de soya Pasta de semilla de sésamo Yogur Fast foods Leche sin lactosa Higos secos Frijoles Helados Queso **Drinks** Tofu Malteada Frijol de soya Almendras Maíz < 8-12 oz/day 100% juice Legumbres de hoja verde Naranja Tortillas 6-8 glasses of water (8 ounces each)/day 100% Jugo fortificado con calcio Leche de soya con calcio Sweetened drinks Alcohol/caffeine Edad Fecha de nacimiento **Nutrition problem?** Yes No

If yes, where:

Provider initials:

Referred for identified

Peso: ____lb Altura: _____ IMC: ____ IMC %: _____ Fecha: ____

Evaluación de la Nutrición y la Actividad Juvenil

(Edades 8-19)

Proporcione información adicional sobre su comida, actividad y hábitos:

Hábitos Alimenticios	Complete assessment below u
¿Come o bebe los siguientes alimentos?	provided:
Scottle o pene los siguientes alimentos:	Eating Habits
Desayuno Siempre Generalmente A veces Nunca	Overall diet adequate
Bocadillo Siempre Generalmente A veces Nunca	3 meals and snacks
Almuerzo Siempre Generalmente A veces Nunca	High iron foods
Bocadillo Siempre Generalmente A veces Nunca	Calcium foods
Cena Siempre Generalmente A veces Nunca	5 or more fruits/vegetables
Bocadillo Siempre Generalmente A veces Nunca	Adequate fluids
Ejercicios/Actividad física	
Cuantas horas al día usted?	Exercise/Physical Activity
	Limits use of TV, phone, intern
Mira televisiónhoras/día	computer games to \leq 1-2 hour
Usa su celularhoras/día	Yes
Juegos de video/computadorahoras/día	Coal cot
	Goal set:
Participa en clases de educación física en la escuela? Sí No	Engages in physical activity
Encierre en un círculo las actividades en que participa:	(60 minutes/day or more)
Caminar Correr Bicicleta Natación	Goal set:
Baile Yoga Artes marciales Patinar	
Baloncesto Softbol Fútbol Voleibol	Referral made
Otras actividades o deportes:	Referred to:
Con que frecuencia esta físicamente activo?	Majaht/Dady Imaga
Veces a la semana Minutos al día	Weight/Body Image
Peso/Imagen corporal	BMI %ile Date
Circule uno. Está tratando de?	☐ BMI between 5th and
Circule uno. Esta tratando de:	□ BMI ≤ 5th %ile
Mantenerse igual Perder peso Ganar peso sin preocupación	☐ BMI between 85th and
Come menos para poder controlar su peso? Sí No	□ BMI ≥ 95th %ile
Explique	Cinner of antions discorded
Alguna vez se ha causado vomito intencionalmente? Sí No	Signs of eating disorder
Contesto Si, con qué frecuencia? Cuando fue la última vez	Counseling given
Alguna vez ha comido en exceso, sin poder parar? Sí No	Goal set:
Contesto Si, con qué frecuencia? Cuando fue la última vez	
Encierre en un círculo lo que usted consume con frecuencia:	Referral made
Píldoras de Dieta Laxativos Multivitaminas calcio Hierro	Referred to:
Vitamina D Proteína en polvo Suplementos nutricionales Esteroides	
Algún otro producto que usted utilice?	
Explique:	

DHCS 4035 B (05/16) Adapted from the CHDP Programs of Orange County and San Bernardino Counties

Para uso oficial – No	lo com	plete
Complete assessment below provided:	using al	l informatior
Eating Habits		
Overall diet adequate	Yes	No
3 meals and snacks	Yes	No
High iron foods	Yes	No
Calcium foods	Yes	No
5 or more fruits/vegetable	es Yes	No
Adequate fluids	Yes	No
Exercise/Physical Activ	ity	
Limits use of TV, phone, inte		eo or
computer games to \leq 1-2 ho	ours/day	
Y	es N	lo
Goal set:		
Engages in physical activity (60 minutes/day or more)	Yes	No
Goal set:		
Referral made	Yes	No
Referred to:		
Weight/Body Image		
BMI %ile Date _		
☐ BMI between 5th ar	nd 85th %	6iles
☐ BMI ≤ 5th %ile		
☐ BMI between 85th a	ınd 95th	%iles
□ BMI ≥ 95th %ile		
Signs of eating disorder	Yes	No
Counseling given	Yes	No Topics:
Goal set:		
Referral made	Yes	No