

# HISTORIAL PERSONAL DE SALUD

(TODA INFORMACION ES CONFIDENCIAL PARA LA CLINICA BASADA EN LA ESCUELA)

Nombre:	Nº de ID	Fecha:
---------	----------	--------

Mala 3 4 Buena

En la escala de 1 a 5, mida su salud: 1 2 3 4 5

**¿Le corresponden a UD. algunos de los siguientes?** (marque todos los que le correspondan)

<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Medicinas <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Animales Liste: _____ <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tose mucho <input type="checkbox"/> Falta de respiración (cuando juega deportes o hace ejercicios) <input type="checkbox"/> Dolor de pecho y/o soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuentes o migrañas <input type="checkbox"/> Problemas con la piel <input type="checkbox"/> Usa lentillas/lentes <input type="checkbox"/> Problemas con los oídos <input type="checkbox"/> <b>Medicamentos:</b> Tomando medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Medicamentos sin receta <input type="checkbox"/> Liste: _____ <input type="checkbox"/> Toma vitaminas <input type="checkbox"/> Suplementos herbales <input type="checkbox"/> Toma Esteroides o creatina <input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios fuera de lo normal <input type="checkbox"/> Toma píldoras de dieta <input type="checkbox"/> Falta de apetito <input type="checkbox"/> Vómitos frecuentes <input type="checkbox"/> Dificultad durmiendo <input type="checkbox"/> Pesadillas <input type="checkbox"/> Cansancio durante el día <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Uso de laxativos <input type="checkbox"/> Mal de estomago <input type="checkbox"/> Usa aros, puentes dentales,	<input type="checkbox"/> Dolor de pierna, en los nudos o espalda <input type="checkbox"/> huesos rotos <input type="checkbox"/> Cirugía Liste: _____ <input type="checkbox"/> Lesión a la cabeza/ desmayos/ perdida de conocimiento <input type="checkbox"/> Alguna vez se ha desmayado por hacer ejercicio <input type="checkbox"/> Sentirse sin ánimos o deprimido <input type="checkbox"/> Piensa en suicidio <input type="checkbox"/> Preocupación sobre planes futuros <input type="checkbox"/> Enojo o problemas con el mal genio <input type="checkbox"/> Separación o divorcio de los padres <input type="checkbox"/> Falta de confianza en si mismo <input type="checkbox"/> Sentimientos de soledad <input type="checkbox"/> Problema en la escuela o con los maestros <input type="checkbox"/> Preocupado por la altura o peso <input type="checkbox"/> Sentimientos de ansiedad o nervios <input type="checkbox"/> Preocupado por obtener trabajo <input type="checkbox"/> Preocupado por el donde vivir <input type="checkbox"/> Orinando la cama <input type="checkbox"/> Problemas económicos  Alguna vez a tenido: Varicela Sí _____ No _____ Prueba de Tuberculosis (TB) Positiva Sí _____ No _____  ¿Usa por lo regular? Cinturones de seguridad Sí _____ No _____ Cascos de bicicleta o motocicleta Sí _____ No _____  ¿Cuándo fue su ultima visita al dentista? _____
---	---

**Favor de contestar las siguientes preguntas: (Toda Información Es Confidencial Para La Clínica Basada En La Escuela)**

1. ¿Sus padres viven?     Sí     No     No sé
2. ¿Con quien vive usted? \_\_\_\_\_
3. ¿Alguien en su familia a fallecido antes de los 50 años de edad?     Sí     No     No sé  
(familia incluye: padres, abuelos, hermanos(as) )
4. ¿Alguien en su familia a estado ingresada en el hospital?     Sí     No     No sé
5. Usted o alguien en su familia tiene historial medico de:     Yo no sé mi historial medico. Fui adoptado.
 

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta/enfermedad del corazón/	<input type="checkbox"/> Problemas con alcohol/droga
<input type="checkbox"/> Problemas con el sangramiento	derrames cerebrales/coagulación de sangre	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Convulsiones o Epilepsia
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Enfermedad/rasgo de sickle cell
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otro, Explique: _____	

Staff Comments:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nº de ID \_\_\_\_\_

6. ¿Mastica tabaco?  Sí  No ¿Si lo hace, cuantas latas por semana? \_\_\_\_\_
7. ¿Fuma cigarrillos?  Sí  No ¿Si lo hace, cuantos cigarrillos por semana? \_\_\_\_\_
8. ¿Consume algún tipo de bebida alcohólica?  Sí  No ¿Si lo hace, que tipo? \_\_\_\_\_  
¿Qué tan a menudo bebe? \_\_\_\_\_ diario \_\_\_\_\_ fin de semana \_\_\_\_\_ una vez al mes \_\_\_\_\_ ocasiones especiales  
¿Cuando fue la última vez que bebió? \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento después de beber?  Sí  No  
¿Alguna vez se ha emborrachado(a)?  Sí  No ¿Si lo ha hecho, cuando fue la última vez que se emborrachó? \_\_\_\_\_
9. ¿Ha tomado alguna de estas drogas?  heroína  cocaína  crack  marihuana  meth/crank  
 drogas de club o Ecstasy  "speed"  otro, especifique por favor: \_\_\_\_\_
10. ¿Que tan a menudo usa drogas? \_\_\_\_\_ Cuando fue la ultima vez que estuvo endrogado o "high"? \_\_\_\_\_
11. ¿Ha recibido tratamiento para el abuso de drogas o alcoholismo y/o esta recibiendo tratamiento presentemente?  Sí  No
12. ¿Tiene relaciones sexuales cuando usa marihuana, alcohol u otras drogas?  Sí  No
13. ¿Ha conducido un carro bajo la influencia del alcohol o drogas?  Si  No
14. ¿Ha sido pasajero de un carro manejado por alguien quien estaba bajo la influencia?  Sí  No

15. ¿Ha tenido relaciones sexuales **alguna vez**?  No  Sí Si no, vaya a la pregunta **27**; Si lo ha hecho, continúe con la pregunta Nº 16
16. ¿Como es usted sexualmente activo?  Besando  Tocando/frotando  Masturbación  Relaciones sexuales Vaginales
17. ¿Son sus parejas sexuales?  varones  hembras  ambos
18. ¿Quien es responsable por los anticonceptivos en su relación sexual?  Usted  Su pareja  Ambos  Ninguno
19. ¿Que método(s) de anticonceptivo y/o prevención de enfermedad ha utilizado en el pasado?  
 Pastilla anticonceptiva  Condón  Depo  NuvaRing  Parche  
 DUI  Retracción  Membrana vaginal contraceptiva  Ninguno
20. ¿Cuál (es) método(s) de anticonceptivo natal utiliza ahora? \_\_\_\_\_
21. ¿Si utiliza condones, ha tenido problemas al usarlos?  Sí  No Sí tiene problemas, explique: \_\_\_\_\_
22. Numero de parejas sexuales que ha tenido \_\_\_\_\_ Numero de parejas sexuales que ha tenido en los últimos 3 meses? \_\_\_\_\_
23. ¿Se preocupa sobre el sexo y/o embarazo?  Sí  No
24. ¿Ha sufrido algunas de las siguientes condiciones? (favor de marcar todas las que apliquen)  
 Clamidia  Verrugas genitales  Gonorrea  Herpes  Sífilis  Enfermedad de inflamación pélvica  Tricomoniasis
25. ¿Cree que ha sido expuesto(a) a una infección transmitida sexualmente (ITS)?  Sí  No  Inseguro
26. ¿Esta preocupado (a) por su relación con su pareja?  Sí  No
27. ¿Le ha platicado a familiares sobre la asuntos de la sexualidad y anticonceptivos?  Sí  No ¿Con quien? \_\_\_\_\_
28. ¿Alguna vez ha sufrido de una infección de la vía urinaria (infección de la vejiga)?  Sí  No
29. ¿Tiene presentemente?  picazón en el pene o la vagina  descargo o flujo  olor
30. ¿Ha sido abusado o dañado por alguien? Describa \_\_\_\_\_
31. ¿Alguna vez se a forzado sexualmente a otra persona?  Sí  No
32. ¿Alguna vez ha sido forzado a tener relaciones sexuales contra su voluntad?  Sí  No

#### SOLO VARONES

33. ¿Cuando fue su última examinación testicular (pelotas)? \_\_\_\_\_ Auto-examinación? \_\_\_\_\_
34. ¿Tiene hijos usted?  Sí  No Si es así, ¿cuantos hijos tiene? \_\_\_\_\_
35. ¿Si tiene hijos, que tan involucrado esta? \_\_\_\_\_

#### SOLO HEMBRAS

36. ¿A que edad comenzó su ciclo menstrual? \_\_\_\_\_ Mensual  Sí  No ¿Cuantos días sangra? \_\_\_\_\_
37. ¿Mancha o sangra entre reglas?  Sí  No ¿Fecha de su ultima regla? \_\_\_\_\_
38. ¿Tiene problemas/dolor con sus periodos menstruales?  Sí  No  
¿Ha faltado a la escuela por dolores menstruales?  Sí  No
39. ¿Qué medicamentos a tomado para los calambres? \_\_\_\_\_ ¿Le ayuda esto? \_\_\_\_\_
40. ¿Alguna vez ha estado embarazada?  Sí  No Si es así, ¿tiene hijos?  Sí  No Si es así, ¿cuantos? \_\_\_\_\_
41. ¿Alguna vez le han hecho una examinación pélvica?  Sí  No
42. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de Papanicolao?  Sí  No Si es así, ¿cual fue el resultado de la prueba de Papanicolao:  Normal  Anormal Fecha: \_\_\_\_\_

Reviewed By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_