Patient Label

Date:_____

Teen Wellness Center
HISTORIA DE SALUD

ALERGIAS (reaccion?):_____ Medicamentos:_____ Comidas:_____

Operaciones o Hospitalizaciones: _____

Por favor indique si el paciente o miembros familiares han tenido algun de los siguientes problemas:

	PACIENTE	FAMILIA		PACIENTE	FAMILIA
Enfermedades cardiacas, Incluyendo la presion alta:	_____	_____	Sistema nervioso, incluyendo Dolores de cabeza o convulsiones:	_____	_____
Pulmones, incluyendo asma:	_____	_____	Huesos o Musculos, incluyendo fracturas:	_____	_____
Estomago o Colon:	_____	_____	Rinones, incluyendo infecciones urinarias:	_____	_____
Boca o garganta, incluyendo dientes:	_____	_____	Piel, incluyendo ronchas, acne, eczema:	_____	_____
Endocrino, incluyendo Diabetes o la tiroide:	_____	_____	Ginecologos o del sistema reproductivo, numero de hijos en la familia:	_____	_____
Vista: lentes o contactos	_____	_____	Oido:	_____	_____
Salud mental: Abuso de sustancias	_____	_____	Salud mental: depresion, ansiedad	_____	_____

Para las hembras, la edad de la primera menstruacion: _____

INFORMACION ADICIONAL: _____

_____

_____