



Date: ____/____/____

Patient Label

Teen Wellness Center HISTORIA DE SALUD

ALERGIAS - Insectos: _____ Medicamentos: _____ Comidas: _____

Operaciones o Hospitalizaciones: _____ Grado Escolar: _____

Problemas de aprendizaje: _____ Escuela: _____

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, derrame cerebral, soplo de corazon:	_____	_____	Sistema nervioso, incluyendo Dolores de cabeza o convulsiones:	_____	_____
Pulmones, incluyendo asma Bronquitis, pulmonia:	_____	_____	Huesos o Musculos, incluyendo fracturas, desgarre:	_____	_____
Diarrhea, estrenimiento, problemas de alimentacion:	_____	_____	Rinones, incluyendo infecciones urinarias:	_____	_____
Boca o garganta, incluyendo dientes, frenillos:	_____	_____	Piel, incluyendo ronchas, acne, eczema:	_____	_____
Endocrino, incluyendo Diabetes o la tiroide:	_____	_____	Ginecologos o del sistema reproductivo, cancer de mamas o testiculos, numero de hijos en la familia:	_____	_____
Cuagulos de sangre, anemia, Rasgo de anemia de sickle o la enfermedad:	_____	_____	Oido o vista, incluyendo lentes o contactos:	_____	_____
Salud mental: Abuso de sustancias	_____	_____	Salud mental: depresion, ansiedad	_____	_____
Para las hembras, la edad de la primera menstruacion: Embarazos:	_____	_____	Para los barones, historia de torsion, hidrocele	_____	_____

Lista de medicamentos: _____

INFORMACION ADICIONAL: _____