

CONFIDENCIAL
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE
HISTORIAL MÉDICO, DE MEDICAMENTOS, Y PRENATAL DEL MENOR

Anexo 11B
Página 1 de 2

NOMBRE DEL MENOR: _____ **# DEL COSUMIDOR:** _____

EDAD: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **FECHA:** _____

Para proveer el mejor tratamiento de salud mental, es necesario saber ciertas cosas acerca de la condición física de su hijo(a). Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Si es necesario alguien le ayudará.

MÉDICO:

SU HIJO(A) ALGUNA VES TUBO: (Por favor escriba "sí" o "no" al lado de cada pregunta)

¿Problemas de los oídos, nariz, o la garganta? _____

¿Resfriados frecuentes? _____ ¿ Dolor de Oído frecuente? _____ ¿ Otra cosa? _____

¿Problemas de los ojos?

¿Infecciones? _____ ¿Usa lentes? _____ ¿Otra cosa? _____

¿Problemas estomacales o intestinales? _____

¿Dolor de estomago frecuente? _____ ¿Vómito? _____ ¿Diarrea? _____ ¿Orinando o ensuciándose en la cama? _____

¿Problemas de los pulmones?

¿Tos? _____ ¿Asma? _____ ¿Pulmonía? _____

¿Fiebre alta?

¿Convulsiones? _____

¿Problemas del corazón?

"¿Lividez de la piel de nacimiento"? _____ ¿Otra cosa? _____

¿Problemas Urinarios?

¿Infecciones de la vejiga? _____ ¿Orina persistente? _____ ¿Otra cosa? _____

¿Alergias? _____

¿Estornudos, nariz supurante? _____ ¿Comezón? _____ ¿Sesibilidad a medicamentos o alimentos? _____
¿Otra cosa? _____

Otras cosas - ¿Cirugías? _____

¿Lesiones? (Incluyendo lesiones de la cabeza) _____ ¿Casi ahogarse? _____ ¿Envenenamiento? _____
¿Otra cosa? _____

¿Está el menor de edad bajo el tratamiento regular de un médico(excepto los exámenes físicos rutinarios, vacunas, y enfermedades ocasionales)? _____

¿Su hijo(a) tiene que ver a un médico por problemas físicos? _____

Por favor dé una explicación corta acerca de las preguntas a las que respondió "sí."

MEDICAMENTO

Por favor escriba respuestas a cada una de las siguientes preguntas:

¿Qué medicamento recetado está tomando actualmente su menor de edad? (incluyendo la dosis y la frecuencia) _____

¿Qué medicamento sin receta está tomando actualmente su hijo(a)? _____

¿Qué medicamentos ha tomado su hijo(a) en los últimos seis meses? _____

¿Algún medicamento a causado algún síntoma alérgico o adverso? Si la respuesta es afirmativa, denos el nombre del medicamento y describa los síntomas. _____

¿Qué medicamentos han sido más eficaces en el tratamiento de los síntomas psiquiátricos de su hijo(a)? _____

Dé un historial breve acerca del uso de drogas y/o alcohol de su hijo(a) y de la familia. _____

PRENATAL

DURANTE EL EMBARAZO CON ESTE(A) HIJO(A):

¿En qué mes comenzó el cuidado prenatal? _____

¿Hubo sangrado? _____ ¿Alta presión arterial? _____ ¿Anemia? _____

¿Nutrición? ¿Adecuada? _____ ¿Inadecuada? _____

¿Fuma? _____ Si fuma, ¿cuánto? _____

¿Toma? _____ Si toma, ¿cuánto? _____

Medicamentos - ¿Recetados? _____ ¿Nombre? _____

¿No recetados? _____ ¿Nombre? _____

Parto: ¿En qué mes del embarazo? _____

¿Le provocaron el parto? _____ ¿Duración en horas? _____

La condición del infante, inmediatamente después del parto, y durante el primer mes. _____

Firma del Padre/Tutor

Revisado por: _____ M.D. Fecha: _____
