

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Condiciones médicas: _____

Cirugías: _____

Medicamentos: _____

Alergias a comidas medicamentos: _____

Por favor marque SI NO NA con comentarios según sea necesario en la siguiente lista.

	SI	NO	N/A	Comentarios
Cardiovascular				
Dolor de pecho con el ejercicio				
Soplo Cardíaca				
Palpitaciones O anormal del corazónhythm				
Presión arterial alta				
El colesterol alto				
Desarrollo				
ADHD				
Autismo				
Problemas de aprendizaje				
Endocrino				
Periodos regulares				
Diabetes				
Problema de tiroides				
OJO, OREJA, NARIZ Y GARGANTA				
La alergias o congestión nasal crónica				
Gastrointestinal				
Enzimas elevadas del hígado				
Reflujo				
Náuseas O Vómitos				
Dolor abdominal superior derecho				
Genitourinarias				
Micción frecuente				
Musculoesqueléticos				
Dolor articular				
Dolor de espalda				
Dolor en los pies				
Neurológicos				
Dolores de cabeza migrañas más de una vez a la semana				
Visión borrosa				
Mareos				
Desmayos				
El trastorno convulsivo				

Place Sticker Here

CONTINUÓ DEL HISTORIAL MEDICO

	Si	No	N A	Comentarios
Psicológico				
Ansiedad				
Depresión				
Respiratoria				
Dificultad para respirar con ejercicio				
Tos con ejercicio				
Sibilancias Asma				
Dormir				
Ronquidos más de 3 noches por semana				
Dificultad para respirar durante el sueño (trabajar duro para respirar o jadeando para aire. o tienen retracciones)				
Problemas escolares. o ADHD. o somnolencia diurna (dormirse en clase)				

¿A qué edad se preocupó usted o su médico por el peso de su hijo? _____

¿Su hijo/a ya ha intentado bajar de peso? Sí No

Si. si. ¿Qué cambios ha hecho su familia ya? _____

¿Su hijo/a ha intentado otro programa o producto de pérdida de peso? Si No

Si. si. ¿Qué? _____

¿Alguna inquietud que le gustaría que sepamos? _____

¿Algo que no le preguntamos sobre su hijo/a que le gustaría que sepamos? _____

Place Sticker Here

HISTORIAL MÉDICO DE FAMILIA

Por favor marque todas las que correspondan.

Enfermedad	Madre	Padre	Hermano	ABUELA (LADO DE LA MAMÁ)	ABUELA (LADO DE PAPÁ)	ABUELO (LADO DE MAMA)	ABUELO (LADO DE PAPÁ)
Cirugía bariátrica							
Cáncer							
Diabetes							
Ataque cardíaco o muerte súbita cardíaca antes de los 50 años de edad							
Enfermedad cardíaca							
Presión arterial alta							
Colesterol alto							
Enfermedad del hígado grasoso							
Apnea obstructiva del sueño							
Lucha contra la pérdida de peso							
Golpe							

Place Sticker Here

HISTORIA SOCIAL**Casa**

¿Quién vive en casa con el Niño a? _____

¿Quién cuida el niño a durante el día? _____

Los padres del niño son (circule uno) Casado Separados Divorciado

¿Dónde trabaja la mamá? _____

¿Dónde trabaja el papá? _____

El niño a vive en un (circule uno) Casa Apartamento Hotel

El niño a tiene un lugar seguro para jugar al aire libre (circule uno) Sí No

Tenemos transporte confiable (circule uno) Sí No

¿Alguien fuma en casa? (circule uno) Sí No

Escuela

¿A qué escuela asiste su hijo a? _____ Grado _____

¿Su hijo a participa en un programa después de la escuela? _____

Mi hijo a es intimidado (círculo uno) Sí No

Intereses/Actividades

¿En qué actividades después de la escuela participa su hijo a? _____

Place Sticker Here

HISTORIA DEL ESTILO DE VIDA

1. ¿Cuántas comidas al día come su hijo a? _____
2. ¿Cuántos bocadillos al día come su hijo a? _____
3. ¿Cuántas porciones de fruta come su hijo a al día? _____
4. ¿Cuántas porciones de verduras come su hijo a al día? _____
5. ¿Cuántas tazas de agua bebe su niño a por día? _____
6. ¿Cuántas tazas de jugo bebe su niño a por día? _____
7. ¿Cuántas bebidas azucaradas bebe su niño a al día? _____

Las bebidas azucaradas incluyen refrescos, bebidas deportivas, té dulce, café con azúcar, limonada, Kool-Aid, ponche de frutas.

8. ¿Cuántos días por semana su familia come comida rápida o comida de un restaurante? _____
9. En los últimos 12 meses,

Su familia se ha preocupado que la comida se va a terminar antes de que tengan más dinero para comprar más. ¿Sí o no?

10. En los últimos 12 meses,

La comida que compran simplemente no duró y no tenían mas dinero para comprar más. ¿Sí o no?

11. ¿Cuántos minutos de actividad física recibe su hijo por día? _____
12. Sin incluir el tiempo haciendo tarea, ¿cuántas horas de tiempo de pantalla recibe su hijo por día? _____

El tiempo de pantalla incluye televisión, computadora, tableta, iPad, teléfono inteligente, videojuegos.

Place Sticker Here