

## FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

### DATOS DE JOVEN PARLAMENTARIA/O

Apellido y nombre: .....

Fecha de Nac.: ...../...../..... Número de DNI: ..... Teléfono: .....

Domicilio: .....

### DATOS DE MADRE, PADRE, TUTOR O ADULTO RESPONSABLE

Apellido y nombre: .....

Fecha de Nac.: ...../...../..... Número de DNI: ..... Teléfono: .....

Domicilio: .....

Teléfonos para emergencias: .....

La historia clínica que usted se dispone a llenar y que acompañará a su hijo/a o a usted durante todas las actividades realizadas en el marco de la Subsecretaría de Juventudes, contempla una serie de datos y antecedentes que orientarán eficazmente al médico actuante en caso de necesidad. La veracidad y amplitud con que Ud. responda al cuestionario que sigue, hará más rápido y efectivo el diagnóstico y posterior tratamiento de cualquier dolencia que se manifieste en el transcurso de las actividades.

**MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA  
Y RESPONDA LAS PREGUNTAS**

¿Es diabético?	SI	NO	¿Es alérgico a algún medicamento?	SI	NO
¿Cuál es su régimen de insulina? .....			¿A cuál? .....		
¿Puede comer de todo?	SI	NO	¿Qué usa en reemplazo? .....		
¿Sigue alguna dieta especial?	SI	NO	¿Tiene miedos, fobias, pánico, claustrofobia?	SI	NO
¿Cuál? .....			¿A qué? .....		
¿Sufre alguna enfermedad crónica?	SI	NO	¿Toma alguna medicación?	SI	NO
¿Cuál? .....			¿Cuándo? .....		
¿Sufre alguna otra enfermedad?	SI	NO	¿Cuál? .....		
¿Cuál? .....			Dosis: .....		
¿Es alérgico?	SI	NO	¿Conoce su grupo sanguíneo?	SI	NO
¿A qué? .....			Grupo y Factor: .....		

**Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades  
(Marque con un círculo la opción que corresponda)**

Rubéola - Varicela- Tos convulsa - Paperas - Parasitosis Intestinales - Enfermedad de Chagas - Fiebre reumática - Neumonía - Pleuresía - Úlcera gastroduodenal - Bocio - Nefritis - Escarlatina - Erisipela - Sarampión - Tuberculosis - Micosis - Bronquitis - Asma bronquial - Hernias - Enfermedades del corazón - Hepatitis - Meningitis -Sufre urticaria - Cicatrizan mal sus heridas - Sufre mareos - Tiene dolor de cabeza con frecuencia - Ha tenido desmayos - Ha tenido infecciones en los oídos - Se resfría fácilmente - Tiene hemorragias nasales - Experimenta falta de aire - Tuvo o tiene dolores articulares - Sufre presión alta - Sufre presión baja - Alguna vez recibió transfusiones de sangre - Tiene palpitaciones - Tuvo ardor al orinar - Ha tenido convulsiones - Hemodiálisis - Siente silbidos en el pecho al respirar - Tiene picos de fiebre con frecuencia.

Si existe alguna otra situación que desee poner en conocimiento al equipo de la Subsecretaría de Juventudes, por favor, adjunte una nota junto a esta hoja.