

# FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA – SUBSECRETARÍA DE JUVENTUDES

La presente es solo una declaración de los adultos responsables del joven a su cargo para conocimiento del equipo que trabajan con él o la joven, por lo tanto no requiere de la firma de un personal médico.

Apellido \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacim.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Tel. p/ emergencia: \_\_\_\_\_

La historia clínica que Ud. se dispone a llenar y que acompañará a su hijo durante la salida, 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 la salida

### Vacunas (Marque aquellas que tiene registro)

VACUNAS	Nº de dosis	Fecha ultima dosis
Antitetánica		
B.C.G.		
Triple (DPT)		
Doble (DT)		
Antisarampionosa		
Triple Viral (MMR)		
Hibititer		
Cuádruple		
Va Mengoc BC		
Anti Hepatitis A		
Anti Hepatitis B		

¿Cuál es su régimen de insulina? .....

¿Puede comer de todo? SI NO

¿Sigue algún régimen especial? SI NO

¿Cuál? .....

¿Sufrir alguna enfermedad crónica? SI NO

¿Cuál? .....

¿Sufrir alguna otra enfermedad? SI NO

¿Cuál? .....

¿Tiene fobias/miedos/pánico/claustrofobia? SI NO

¿A qué? .....

¿Es sonámbulo? SI NO

¿Sabe nadar? SI NO

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

Rubeola	SI	NO
Varicela	SI	NO
Tos convulsa	SI	NO
Paperas	SI	NO
Parásitos intestinales	SI	NO
Enfermedad de chagas	SI	NO
Fiebre reumática	SI	NO
Neumonía	SI	NO
Pleuresía	SI	NO
Úlcera gastroduodenal	SI	NO
Bocio	SI	NO
Nefritis	SI	NO
Escarlatina	SI	NO
Erisipela	SI	NO
Sarampión	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Micosis	SI	NO
Bronquitis	SI	NO
Asma bronquial	SI	NO
Hernias	SI	NO
Enfermedades del corazón	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
Meningitis	SI	NO

¿Toma alguna medicación? SI NO

¿Cuándo? .....

Indicar dosis .....

¿Es alérgico? SI NO

¿A qué? .....

¿Es alérgico a algún medicamento? SI NO

¿A cuál? .....

¿Qué usa en su reemplazo? .....

### Conteste las siguientes situaciones

	SI	NO
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 orinado sangre		
Ha tenido convulsiones		
Hemodiálisis		
Siente silbidos en el pecho al respirar		
Tiene picos de fiebre con frecuencia		
Ha escupido sangre		
Tiene digestión lenta		
Sufre acidez estomacal		
Mueve bien su vientre		
Suele tener diarreas		
Duerme bien		
Practica deportes		

¿Conoce su grupo sanguíneo?

Grupo \_\_\_\_\_ Factor \_\_\_\_\_

Alguna otra situación que desee poner en conocimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**POR FAVOR: PUEDE UTILIZAR LA PARTE DE ATRAS DE ESTA HOJA PARA AMPLIAR CUALQUIER COMENTARIO QUE CONSIDERE ÚTIL -.**

Datos Obra Social- Prepaga (si posee)

Nombre de Obra Social: \_\_\_\_\_

Credencial Nº: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE - Madre Padre o Tutor**

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha / / \_\_\_\_\_

LUGAR: \_\_\_\_\_