



Historia Médica.

- FICHA DE IDENTIFICACIÓN**



Fecha de llenado: _____

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

EDAD: _____ **PESO:** _____ **TALLA:** _____ **SEXO:** _____
AÑOS CUMPLIDOS CON GRAMOS CON CM

DIRECCIÓN: _____
CALLE, NÚM. EXTERIOR, NÚM. INTERIOR, COLONIA, DELEGACIÓN Y/O MUNICIPIO (INFORMACIÓN ACTUALIZADA)

ESTADO DE LA REPÚBLICA PROVENIENTE: _____
Y AÑOS DE RADICACIÓN

TELÉFONO(S): _____ **INSTRUMENTO:** _____
CON CLAVE LADA Y TIEMPO DE EJECUCIÓN (AÑOS)

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

GRUPO SANGUINEO: _____

ENFERMEDADES U OPERACIONES RECIENTES: _____
NOMBRE DEL EVENTO QUIRÚRGICO Y/O ENFERMEDAD, FECHA Y/O TIEMPO DE PADECIMIENTO (2 AÑOS A LA FECHA)

MEDICAMENTO (S) ACTUALES Y DOSIS: _____
NOMBRE COMERCIAL, NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO Y TIEMPO DE TOMARLOS

ALÉRGICO A: _____





Antecedentes heredofamiliares

Tus padres, abuelos, hermanos, tíos o tías, primos o primas ¿padecen o padecieron; alguna o algunas de las enfermedades mencionadas? Traza una cruz en la columna que corresponda

PATOLOGIA	Si	No	PATOLOGIA	Si	No
Tuberculosis			Alcoholismo		
Cardiopatías (Enf. del corazón)			Obesidad		
Hipertensión			Hepatitis		
Epilepsia			Toxicomanías (uso de drogas ilícitas)		
Enfermedades mentales o nerviosas			Oncológicos (Cáncer)		
Diabetes			Reumatológicos		
Tabaquismo			Violencia intrafamiliar		
Hemofilia (Problemas para la coagulación de la sangre)			Otras no mencionadas		

Antecedentes personales patológicos

¿Padeces o padeciste alguna o algunas de las enfermedades mencionadas? Traza una cruz en la columna que corresponda

PATOLOGIA	SI	NO	PATOLOGIA	SI	NO
Alergia (alimentos/medicamentos).			Malformaciones		
Meningitis			Quirúrgicos (cirugías previas)		
Convulsiones/Epilepsia			Traumatismos severos (fracturas, luxaciones o esguinces)		
Cefalea (dolor de cabeza frecuente).			Tendinitis		
Mareo. (más de dos veces por semana).			Problemas musculares (contracturas).		
Problemas para dormir o conciliar el sueño			Obesidad.		
Ojos (uso de lentes, disminución de agudeza visual, cirugías estrabismo).			Hipertensión arterial (previamente diagnosticada).		
Disminución en la agudeza auditiva			Diabetes (tipo I o II)		
Otitis externa/media (más de 4 veces al año).			Tabaquismo		
Parálisis facial.			Alcoholismo.		
Rinitis alérgica			Toxicomanías		





Sinusitis.			Depresión o Ansiedad.		
Amigdalitis de repetición (más de 4 al año)			Enf. Reumatológicas (artritis, lupus).		
Asma			Hepatitis (previamente diagnosticada)		
Hiperreactividad bronquial.			Dermatitis atópica.		
Cardiopatías (Enf. del corazón)			Caries		
Diarreas frecuentes (más de 4 al año)			Enf. De la Sangre (anemia, leucemia).		
Parasitosis intestinal			Enf. Oncológicas.		
Pediculosis (piojos).			Otras no mencionadas		

Actualmente necesitas alguna alimentación especial (Si) (No) ¿Cuál?

¿Sabes nadar? (Si) (No)

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Conviven en el hogar con: Padre___ Madre___ Hermanxs___ Abuelxs___ Otrxs___

¿Algún miembro de la familia padece alguna de las siguientes patologías?			
	SI	NO	Anote el miembro de la familia.
TDAH			
Situaciones relacionadas al aprendizaje.			
Trastorno del espectro autista.			
Ansiedad.			
Depresión.			
Trastornos del sueño.			
Problemas con alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas.			
Epilepsia.			





Situaciones estresantes para el participante en el último año.			
	SI	NO	Anotaciones relevantes.
Fallecimiento de algún familiar o amigo cercano.			
Separación de los padres.			
Cambio de domicilio y/o Colegio.			
Otro.			

Antecedentes Personales:

La o El participante han presentado alguno de los siguientes diagnósticos:			
	SI	NO	En caso de ser afirmativo, indique cuál ha sido el manejo terapéutico (medicamentos y otros).
TDAH			
Situaciones relacionadas al aprendizaje.			
Trastorno del espectro autista.			
Ansiedad.			
Depresión.			
Trastornos del sueño.			
Problemas con alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas.			
Epilepsia.			

¿Padece dificultad en sus hábitos de sueño?			
	SI	NO	Especifique si usa algún tratamiento, fecha de inicio, momentos en los cuáles se presenta.
Pesadillas.			
Terrores Nocturnos.			
Sonambulismo.			





Exceso de sueño.			
Apnea del sueño.			
Insomnio.			
Ronquido.			
Otros.			

A qué hora se acuesta: _____

Cuanto tarda en dormirse: _____

A qué hora se despierta: _____

¿Qué alimentos acostumbra comer en familia?

Agregar una breve descripción de la cantidad de comidas que realiza en su día normal, cuáles son los alimentos que consume de manera cotidiana, come en horarios establecidos, la frecuencia del consumo de agua.





Intereses y pasatiempos de la/el participante.	
	Detallar la respuesta.
¿Qué te gusta hacer en tus tiempos libres?	
¿Qué tipo de deportes te gustan?	
¿Cuál es su juego o videojuego favorito?	
¿Qué programa de televisión te ha gustado o te encuentras viendo?	
¿Qué género musical te gusta? / ¿Cuál es tu cantante favorito?	

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

NOTA: Esta información es de carácter confidencial y se empleará por parte del personal médico, para manejo y control de la salud del interesado; por lo tanto es necesario que se proporcione la información

