

Primary Health Solutions - Evaluación integral de salud - PEDS (0-18 años)

PACIENTE:

Apellido:	Nombre:	Apodo:	Fecha Nacimiento: DD/MM/AAAA	Fecha finalización: DD/MM/AAAA
-----------	---------	--------	---------------------------------	-----------------------------------

Medicamentos actuales: (Nombre y dosis) <i>Incluye medicamentos recetados, venta libre, vitaminas y preparaciones herbales</i>		Alergias: <i>Enumere todas las alergias, incluidos el, ambiente, alimentos e insectos</i>	
Hospitalizaciones, cirugías, lesiones		Año:	Último examen: <i>Enumere chequeos de niño sano, dental, de la vista, exámenes físicos de la escuela, etc.</i>
			Proveedor: Fecha:

Compruebe las condiciones del paciente ahora o ha tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> Dolores abdominales	<input type="checkbox"/> Conmoción cerebral / lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad genética	<input type="checkbox"/> Migrañas / dolores de cabeza crónicos
<input type="checkbox"/> Acne	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita	<input type="checkbox"/> Secreción genital/Dolor Gastroesofágico/reflujo Gástrico	<input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual
<input type="checkbox"/> Alergias:	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> tipo de diabetes 1 2 Última HgA1c: _____	<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones	<input type="checkbox"/> Problemas de estómago
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Mareos, aturdimiento o desmayo	<input type="checkbox"/> Preocupaciones de plomo	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> Defectos congénitos	<input type="checkbox"/> Eczema / urticaria / erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> problemas urinarios,Dolor
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Describe: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Historia familiar: Compruebe si algún familiar ha tenido lo siguiente y su relación con el paciente

<input type="checkbox"/> Alcoholismo/Adicción a las drogas	Relación:: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Cancer, Type: _____	Relación:: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Depresión	Relación:: _____	<input type="checkbox"/> Ataque Cerebral	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Glaucoma	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (ataque al corazón)	Relación:: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	Relación: _____

Nutrición: Marque todo lo que corresponda para el paciente	Varios:
¿Dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____	¿El paciente tiene problemas de Audición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cambio de peso significativo en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Ganancia <input type="checkbox"/> Pérdida Libras: _____	¿El paciente tiene discapacidad visual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Problemas para masticar o tragar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____	¿El hogar tiene problemas con alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Ropa
¿Siente que el paciente come como debería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____	Necesidades y preferencias culturales / religiosas: _____
	¿Alguien en el hogar o el paciente pasa mucho tiempo fumando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Educación:	
Grado actual en la escuela: _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Guardería	¿Cuándo se administraron las últimas vacunas del paciente? _____
¿El paciente ha repetido algún grado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dónde se administraron las últimas vacunas del paciente? <input type="checkbox"/> Ohio <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro estado: _____ <input type="checkbox"/> Otro país: _____
¿Ha tenido el paciente dificultades en la escuela o identificado para educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No describa: _____	¿Hubo algo significativo durante el embarazo o el parto? <input type="checkbox"/> Sí, Describa: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Oxígeno dado al nacer Cuánto tiempo? _____

Primary Health Solutions - Evaluación integral de salud - PEDS (0-18 años)

PACIENTE:

Apellido:	Nombre:	Apodo:	Fecha Nacimiento: DD/MM/AAAA	Fecha finalización: DD/MM/AAAA
-----------	---------	--------	---------------------------------	-----------------------------------

<p>Dental Marque todo lo que corresponda, describa</p> <p>Prótesis Valvular Cardíaca <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Articulación artificial <input type="checkbox"/> _____</p> <p>VIH/SIDA <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Herpes/úlceras bucales <input type="checkbox"/> _____</p> <p>célula falciforme <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Llagas orales / sangrado de las encías <input type="checkbox"/> _____</p> <p>¿Cuándo fueron las últimas radiografías dentales del paciente? _____</p> <p>¿Se cepilla el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Muchas veces al día _____</p> <p>¿El paciente usa hilo dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha tenido el paciente una experiencia dental "mala"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe: _____</p> <p>¿Actualmente el paciente experimenta dolor o molestias dentales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene el paciente chasquidos, estallidos o molestias en la mandíbula? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Alguna vez el paciente tuvo una lesión grave en la cabeza o la boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿El paciente usa dentaduras postizas o parciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Visión Marque todo lo que corresponda</p> <p>Picazón <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Lagrimeo / ardor <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Visión doble <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Visión borrosa <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Células flotantes en el vítreo <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Destellos <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Antecedentes de traumatismo ocular o cirugía ocular <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Historia de cataratas <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>antecedente de glaucoma <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Enrojecimiento de los ojos <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Dificultades para leer o aprender a leer <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Perder lugar al leer <input type="checkbox"/> Describe: _____</p> <p>Salud femenina:</p> <p>· N / A - Si el paciente es hombre O si el paciente no está menstruando</p> <p>Control de la natalidad: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Otro: _____ Edad primer período menstrual: _____</p> <p>Último periodo menstrual: _____</p> <p>¿Está embarazada la paciente? _____</p> <p># de embarazos: _____</p> <p># de niños vivos: _____</p> <p># nacimientos vivos: _____</p> <p># Pérdidas / abortos: _____</p> <p>En caso que Sí, fecha del parto: _____</p>
---	--

Hábitos sociales para mayores de 12 años: N / A - Si el paciente tiene menos de 12 años

¿Fuma el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente usa marihuana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente consume tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente usa drogas ilegales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Vapea el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente usa alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántas veces usa el paciente productos que contienen cafeína? _____	¿Ha tenido el paciente más de 2 visitas a emergencias / hospital en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente se siente aislado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente se siente física y emocionalmente seguro donde vive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el paciente sexualmente activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan o se siente cercano? _____
¿El paciente tiene relaciones sexuales sin protección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En el último año, ¿el paciente ha tenido miedo de su pareja o ex pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿El paciente está bajo el cuidado de otro proveedor? Sí No Si es así, nombre del proveedor: _____

¿El paciente está bajo el cuidado de otro dentista? Sí No Si es así, nombre del dentista: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Provider Name and Credentials: _____	Date: _____
Provider Signature: _____	
Provider Name and Credentials: _____	Date: _____
Provider Signature: _____	