

**Inventario de Salud Infantil  
(de 1 a 12 años)**

**Complete Ambos Lados**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

Género con el que se identifica:

Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Pronombre preferido: \_\_\_\_\_

**\*\*Presente un registro de sus vacunas para que tengamos una copia.\*\***

**Consulte a su proveedor de atención de salud todas las preguntas que no comprenda.**

**Antecedentes Médicos Personales**

- Sí  No ¿Tiene alguna preocupación específica actualmente? Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Su hijo/a presenta alguna enfermedad importante actualmente (como asma, diabetes, etc.)? Si la respuesta es sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Su hijo/a toma algún medicamento (diariamente o según necesidad)? ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Su hijo/a toma alguna vitamina, suplemento o medicamento "alternativo", o hace algún tratamiento? ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Su hijo/a tiene alguna reacción alérgica a medicamentos o vacunas? Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Su hijo/a tuvo alguna enfermedad, hospitalización o cirugía, o ha pasado alguna noche en el hospital? Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares**

Desconocido/Adoptado

Marque cualquiera de los siguientes problemas que hayan tenido sus padres, hermanos, hermanas u otros hijos, e indique quién:

¿Quién?

¿Quién?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea: _____  | <input type="checkbox"/> Infarto: _____             |
| <input type="checkbox"/> Depresión: _____             | <input type="checkbox"/> Sobrepeso: _____           |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta: _____ | <input type="checkbox"/> Alcoholismo: _____         |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto: _____       | <input type="checkbox"/> Maltrato físico: _____     |
| <input type="checkbox"/> Suicidio: _____              | <input type="checkbox"/> Asma: _____                |
| <input type="checkbox"/> Maltrato infantil: _____     | <input type="checkbox"/> Convulsiones: _____        |
| <input type="checkbox"/> Alergias: _____              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis: _____        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____                | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: _____              | <input type="checkbox"/> Abuso sexual: _____        |

**(Continúa al dorso)**

**Cuidados Preventivos de Salud**

Sí No

- ¿Utiliza un asiento o un cinturón de seguridad adecuados para la edad de su hijo/a?
- Cuando anda en bici, en monopatín, al esquiar, etc., ¿siempre usa casco?
- ¿Su casa cuenta con detectores de humo, extintores y alarmas de monóxido de carbono?
- ¿Su hijo/a vive con alguien que fuma?
- ¿Su hijo/a pasa más de dos horas al día frente a una pantalla (computadora, TV, tabletas)?
- ¿Su hijo/a ha asistido al dentista en los últimos seis meses?
- ¿Su hijo/a se lava los dientes diariamente?
- ¿Su hijo/a ha tenido contacto cercano con alguien que tenga tuberculosis (TB) o que corra un alto riesgo de padecerla (alguien que haya vivido en un país en desarrollo, haya estado ingresado en un centro, no tenga hogar, consuma drogas por vía intravenosa o sea VIH positivo)?

**Educación**

¿A qué escuela asiste su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿En qué grado está? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su promedio? \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿Su hijo/a es parte de un Programa de educación individualizada (Individualized Education Plan, IEP) o un Plan 504?

**Social**

Sí No

- En los últimos 12 meses, ¿su hijo/a estuvo expuesto a amenazas, empujones, agarrones, golpes, patadas, rotura de objetos u otro tipo de daño?
- En los últimos 12 meses, ¿su hijo/a ha experimentado algún contacto no deseado? ¿Contactos sexuales forzados?
- ¿Con quién vive su hijo/a? \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado al cuidado de un régimen de acogida?

**Revisión de sistemas (¿Presenta su hijo/a algún problema en relación con lo siguiente?)**

Sí No

¿Cuál?

Sí No

¿Cuál?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de visión: _____               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas en la piel: _____   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de respiración: _____          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de audición: _____  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al defecar (hacer caca): _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, desmayos, mareos, alguna pérdida de conciencia _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas estomacales: _____             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir, depresión, ira o nerviosismo _____            |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al orinar (hacer pis): _____   |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores corporales: _____                |   |

**Solo para mujeres**

- Sí  No ¿Períodos irregulares, dolor o preocupaciones sobre el período de su hija? \_\_\_\_\_

**Solo para hombres**

- Sí  No ¿Su hijo presenta algún problema en los testículos o el pene? \_\_\_\_\_

**Otras inquietudes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Solo para uso oficial**

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**(Continúa al dorso)**