

SPANISH**Chapel Hill Children & Adolescents' Clinic**

301 Kildaire Rd, Suite 200

Chapel Hill, NC 27516

(919) 967-0771 Fax (919) 967-9207

Este formulario solo se completa una vez para los niños quienes comparten el mismo padre y la misma madre biológicos. Si no comparten los mismos padres biológicos, favor de completar un formulario para cada niño.

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

HERMANO(S) Y SUS FECHAS DE NACIMIENTO: _____

¿El/La paciente es hijo/a adoptivo/a? Sí No

¿El/La paciente se coloca en hogar de acogida? Sí No

Si se aplica, favor de darnos el nombre y los datos del trabajador de los servicios sociales:

¿Alguien en la familia (parientes directos/consanguíneos solamente) tiene?:

(Dé el pariente y el problema médico que tiene)

¿Asma?	Sí	No	_____
¿Tuberculosis?	Sí	No	_____
¿Drepanocitosis?	Sí	No	_____
¿Fibrosis quística?	Sí	No	_____
¿Alergias ambientales?	Sí	No	_____
¿Cáncer?	Sí	No	_____
¿Enfermedad cardíaca (<50 años)?	Sí	No	_____
¿Arritmia cardíaca?	Sí	No	_____
¿Hipertensión?	Sí	No	_____
¿Colesterol alto?	Sí	No	_____
¿Diabetes (<50 años)?	Sí	No	_____
¿Convulsiones o epilepsia?	Sí	No	_____
¿Enfermedad renal?	Sí	No	_____
¿Enfermedad hepática?	Sí	No	_____
¿Problemas gastroenterológicos?	Sí	No	_____
¿Depresión?	Sí	No	_____
¿Ansiedad?	Sí	No	_____
¿Depresión bipolar?	Sí	No	_____
¿TDAH/ADHD?	Sí	No	_____
¿Discapacidad intelectual?	Sí	No	_____
¿Problemas endocrinas?	Sí	No	_____
¿Sordera?	Sí	No	_____
¿Anemia?	Sí	No	_____
¿Problemas con hemorragia?	Sí	No	_____
¿Abuso del alcohol?	Sí	No	_____
¿Abuso de drogas?	Sí	No	_____
¿Problemas inmunológicos/VIH/SIDA?	Sí	No	_____
¿Muerte inexplicable?	Sí	No	_____
¿Hay otro historial médico familiar el cual quiere que sepamos?			_____

PARA LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO:

¿Cuántas veces en la semana pasada se ha sentido deprimido? (marque lo que se aplica)

0 1-2 3-4 5-7 días

En el último año, ¿tiene una pareja u otro miembro de familia que le ha empujado, le ha dado un puñetazo, le ha pateado, le ha golpeado o le ha amenazado con matarle? Sí No

¿Se siente seguro/a en su casa? Sí No