



9-10 años

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy

Gracias!



SPORTS HISTORY FORM

Formulario de historial clínico para participación de deportes

Name/ Nombre: _____

Date of birth/ Fecha de nacimiento: _____

Sport(s)/Deporte(s): _____

QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT - PREGUNTAS SOBRE EL ATLETA/PACIENTE

List past and current medical conditions

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido:

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures

Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previa:

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional)

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume.

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects)

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

For the following questions, explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.)

Para las siguientes preguntas, dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

GENERAL QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT - PREGUNTAS GENERALES SOBRE EL ATLETA/PACIENTE			
1	Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider? <i>¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?</i>	Yes Sí	No
2	Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason? <i>¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?</i>	Yes Sí	No
3	Do you have any ongoing medical issues or recent illness? <i>¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?</i>	Yes Sí	No

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT - PREGUNTAS SOBRE EL SALUD CARDIOVASCULAR DEL ATLETA/PACIENTE			
4	Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise? <i>¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?</i>	Yes Sí	No
5	Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise? <i>¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?</i>	Yes Sí	No
6	Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise? <i>¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpataba en su pecho o latía intermitente- mente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?</i>	Yes Sí	No
7	Has a doctor ever told you that you have any heart problems? <i>¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas del corazón?</i>	Yes Sí	No
8	Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography. <i>¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electro- cardiografía (ECG) o ecocardiografía.</i>	Yes Sí	No
9	Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise? <i>Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?</i>	Yes Sí	No
10	Have you ever had a seizure? <i>¿Alguna vez tuvo convulsiones?</i>	Yes Sí	No

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY - PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA			
11	Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)? <i>¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente auto- móvilístico inexplicable)?</i>	Yes Sí	No
12	Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic poly- morphic ventricular tachycardia (CPVT)? <i>¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la mio- cardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ven- triclar polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?</i>	Yes Sí	No
13	Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35? <i>¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?</i>	Yes Sí	No

BONE AND JOINT QUESTIONS - PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES			
14	Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game? <i>¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?</i>	Yes Sí	No
15	Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that bothers you? <i>¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?</i>	Yes Sí	No

OTHER MEDICAL QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT – OTRAS PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS DEL ATLETA/PACIENTE			
16	Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise? <i>¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?</i>	Yes Sí	No
17	Are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ? <i>¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?</i>	Yes Sí	No
18	Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area? <i>¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?</i>	Yes Sí	No
19	Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant Staphylococcus aureus(MRSA)? <i>¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)?</i>	Yes Sí	No
20	Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems? <i>¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?</i>	Yes Sí	No
21	Have you ever had numbness, had tingling, had weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling? <i>¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?</i>	Yes Sí	No
22	Have you ever become ill while exercising in the heat? <i>¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?</i>	Yes Sí	No
23	Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease? <i>¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?</i>	Yes Sí	No
24	Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision? <i>¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?</i>	Yes Sí	No
25	Do you worry about your weight? <i>¿Le preocupa su peso?</i>	Yes Sí	No
26	Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight? <i>¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?</i>	Yes Sí	No
27	Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups? <i>¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?</i>	Yes Sí	No
28	Have you ever had an eating disorder? <i>¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?</i>	Yes Sí	No

FEMALES ONLY - ÚNICAMENTE MUJERES			
29	Have you ever had a menstrual period? <i>¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?</i>	Yes Sí	No
30	How old were you when you had your first menstrual period? <i>¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?</i>	Yes Sí	No
31	When was your most recent menstrual period? <i>¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?</i>	Yes Sí	No
32	How many periods have you had in the past 12 months? <i>¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?</i>	Yes Sí	No

Explanation for yes answers above

Explicación para las preguntas en las que contestó "Sí"

Adapted – American Academy of Pediatrics Pre-participation Evaluation History Form 2019

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

9-11 años (9-11 Years)

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)		¿Necesita ayuda para completar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe la respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:

		Sí Yes	No	Omitir Skip	
1	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child drinks/ eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>				Nutrition
2	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>				
3	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Child eats high-fat foods more than once per week?</i>				
4	¿Su hijo bebe más de una pequeña taza (8 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>				
5	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>				
6	¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría de los días de la semana? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>				Physical Activity
7	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about child's weight?</i>				
8	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>				
9	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>				Safety
10	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>				
11	¿Su hijo siempre usa cinturón de seguridad en el asiento trasero (o usa un asiento para niños) si mide menos de 4'9"? <i>Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?</i>				
12	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>				
13	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>				
14	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que lleve un arma de fuego, un cuchillo u otra arma? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>				
15	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>				
16	¿Su hijo ha presenciado o ha sido víctima de abuso o violencia? <i>Has child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>				
17	¿A su hijo le ha pegado alguien o le ha pegado él a alguien durante el año pasado? <i>Has child been hit or been hit by someone in the past year?</i>				
18	¿Su hijo ha sido acosado alguna vez o se sintió inseguro en la escuela o en su vecindario (o lo acosaron por Internet)? <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>				

19	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Dental Health
20	¿Su hijo parece a menudo triste o deprimido? <i>Child often seems sad or depressed?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Mental Health
21	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Drug, Alcohol & Tobacco Exposure
22	¿Su hijo ha fumado alguna vez cigarrillos o mascado tabaco? <i>Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
23	¿Le preocupa a usted que su hijo pueda estar usando drogas, u oliendo sustancias tales como pegamento, para drogarse? <i>Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
24	¿Le preocupa que su hijo pueda estar tomando alcohol, tal como cerveza, vino, refrescos con contenido de alcohol o licor? <i>Concerned that child may be drinking alcohol?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
25	¿Su hijo tiene amigos o familiares que tienen problemas con las drogas o el alcohol? <i>Family members with drug or alcohol problems?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Sexual Issues
26	¿Su hijo o hija ha empezado a salir con novios o novias? <i>Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
27	¿Cree que su hijo pueda estar sexualmente activo? <i>Thinks child might be sexually active?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
28	¿Tiene su niño miembro en la familia que sufra de depresión, ansiedad, TEPT o otra enfermedad mental? <i>Family members with depression, anxiety, PTSD?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Home Environment
29	(para mamá de familia) ¿Ha sido usted golpeada, lastimada o amenazada por su pareja o otra persona en su hogar? <i>(For parents) Does a partner, or anyone at home, hurt, hit or threaten you?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
30	¿Se le ha separado a su niño de alguno de sus padres por más de un mes, debido a alguna enfermedad de los padres, separación de los padres, a un encarcelamiento u otra razón? <i>Child has been away from either parent due to parental illness, separation, foster care, parental incarceration or other reasons?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Other Questions
31	¿Le ha sucedido algo verdaderamente atemorizante o angustiante a su niño o a otra persona en la familia del niño? <i>Has anything really scary or upsetting happened to child or anyone in family?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
32	¿Durante el último año, ¿le ha preocupado que se le terminen los alimentos antes de poder conseguir más? <i>Worried that food would run out before you were able to get more?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
33	Durante el último año, ¿le ha preocupado tener que mudarse de su hogar por no poder pagar la renta, o por otras razones? <i>Worried that you would need to move out of a place you were staying due to inability to afford the rent, or for other reasons?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
34	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su hijo? <i>Any other questions or concerns about child's health, development, or behavior?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	

Si la respuesta es afirmativa, describa:

Clinic Use Only		Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Drug, Alcohol & Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Home Environment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:	
<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA						



Evaluación de Necesidades Familiares^{1,2}

Nuestro objetivo en Gardner Packard Children's Health Center es brindar la mejor atención posible para su hijo y su familia. Nos gustaría asegurarnos de que conoce los recursos disponibles para las necesidades de su familia. Por favor, conteste a las preguntas y dar al médico de su hijo al comienzo de la visita. ¡Gracias!

1. ¿En cuál de estas áreas le gustaría recibir ayuda o recursos adicionales hoy?
(Marque todo lo que corresponda)

- Comida
- Alojamiento
- Condiciones de vivienda (ejemplo: moho en casa)
- Utilidades
- Transporte
- Apoyo Educativo
- Cuidado de niños o preescolar

- Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál de las preocupaciones anteriores es la más importante de hoy?

FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE TUBERCULOSIS

Riesgo por exposición

1. ¿Algún familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto tuvo tuberculosis? Sí No
2. ¿Ha tenido su hijo/a, un familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto un resultado positivo en un análisis de tuberculosis o ha recibido medicamentos para tratar la tuberculosis? Sí No
3. ¿ Nació su hijo/a en otro país*? Sí No
4. ¿Ha viajado su hijo/a fuera de los Estados Unidos (por más de un mes)*? Sí No

*Excluyendo Canadá, Australia, Nueva Zelanda o los países del norte y el oeste de Europa

Confirmo que la información arriba detallada es verdadera según mi leal entender y saber.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____