

Formulario del historial médico

Año escolar _____ Grado _____



Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Hombre Mujer

Nombre(s) del padre/tutor _____

El estudiante vive con: Mamá Papá Madrastra Padrastro Padre(s) de acogida Hermanos

Otro _____

Se solicita la siguiente información para ayudarnos a cumplir con las necesidades de salud de su estudiante en la escuela. La información que usted proporcione puede ser compartida con el personal de la escuela según sea necesario para promover la seguridad de su estudiante y su éxito educativo. Por favor comuníquese con la enfermera de la escuela si tiene preguntas. Devuelva el formulario completo a la oficina de salud de la escuela. ¡Gracias!

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Si prefiere no compartir esta información, por favor firme a continuación. **Se recomienda de la manera más atenta que este formulario sea completado de la mejor manera posible para asegurar que se le dé la atención adecuada a su hijo durante las horas escolares.**

No deseo completar este formulario. _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

A. Estado de salud actual

1. ¿Su hijo tiene alguna alergia? Sí No

En caso afirmativo, indique cuáles son e incluya el tipo de reacción:

2. ¿Su hijo toma medicamentos o suplementos con regularidad? Sí No

En caso afirmativo, indique todos los medicamentos:

¿Se tomarán algunos de estos medicamentos en la escuela? Sí No

De ser así, ¿qué medicamentos se administrarán en la escuela? *(La escuela requiere de un formulario de autorización de medicamentos firmado por un padre/tutor y un médico para administrar el medicamento.)*

3. ¿Tiene su hijo una afección de salud que está siendo tratada ahora? Sí No

En caso afirmativo, explique:

4. ¿Tiene alguna preocupación acerca de la salud de su hijo? Sí No

En caso afirmativo, explique:

5. Fecha del último examen médico _____ Dr. _____

6. Fecha del último examen dental _____ Dr. _____

7. Fecha del último examen de la vista _____ Dr. _____

8. ¿Hay obstáculos financieros personales o de seguro que dificulten la obtención de atención médica rutinaria para este estudiante? Sí No

9. Si la respuesta es afirmativa, ¿le interesaría saber de los recursos de salud de la enfermera de la escuela? Sí No

B. Condiciones

Por favor, encierre en un círculo cualquier condición médica que su hijo pueda tener o haya tenido en el pasado.

Asma	Varicela	Urticaria	Neumonía
Diabetes	Convulsiones	Fiebre reumática	Problemas cardíacos
Problemas renales	Sangrado nasal	Fiebre del heno	Lesión en la cabeza
Huesos rotos	Amigdalitis	Apnea del sueño	Infecciones de oído
Problemas de alimentación	Problemas de coordinación	Cansancio rápido	Problemas intestinales
Dolores de cabeza frecuentes	Migrañas	Problemas de peso	Eczema
Control de la ira	Presión alta	Trastorno sanguíneo	Daltonismo
Problemas emocionales	Problemas de comportamiento	Problemas de audición	Problemas de la vista
Meningitis	RSV	SARM (MRSA por sus siglas en inglés)	Infección por estafilococos
Nacimiento prematuro	Hospitalizaciones	Cirugías	

Por favor explique: _____

C. Médicos de cabecera

Médico familiar: _____

Tel. _____

Oftalmólogo: _____

Tel. _____

Dentista: _____

Tel. _____