

## HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Por favor, entienda que esta información puede ser compartida con el personal de la escuela y el personal médico apropiado.

Nombre		Fecha de Nacimiento			
Apellido	Nombre	Mes	Día	Año	

La siguiente información puede ser de ayuda al evaluar el aprendizaje o salud de su niño(a). Si no desea llenar el formulario entero, puede hablar personalmente con la enfermera de la escuela.

**¿Ha tenido su hijo(a) alguno de lo siguiente? Si su respuesta es "sí" por favor dé la edad que tenía.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias (a que, liste abajo por favor)<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de atención<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Flujo de sangre<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nacimiento traumático<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicela<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Retrazo de desarrollo<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia o ataques<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otra cosa | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Infecciones del oído<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resfriados frecuentes<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o problema del corazón<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Trastorno de riñones<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Jacuecas o migrañas<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Osgood Schlatter's<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Infección de la garganta<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escoliosis/Curva del espinazo |
|---|--|

**¿ Ha tenido su niño(a) alguna vez?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cirugía<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tubos en los oídos<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clases especiales<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas para oír<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Servicios de Salud del Comportamiento/ Psicológico/Emocional Social | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Un accidente o lesión grave<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Un accidente o lesión que haya necesitado hospitalización<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas con la visión |
|---|---|

**¿ Tiene su niño(a)?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Audífono para oír<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultades al hablar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tubos en sus oídos<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Necesidades especiales |
|---|--|

**¿ Este niño(a)?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Toma medicamento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Restricción de educación física |
|--|---|

**Si la contesta fue "Sí" haga una lista de las medicinas**

Medicina	Dosis	Frecuencia	Razón por que toma el medicamento

**Por favor explique las preguntas que contesto "Sí"**


**Historia prenatal:**

Toxemia:  Sí  No      Diabetes:  Sí  No      Lesiones durante el embarazo:  Sí  No  
 Que tan largo el embarazo \_\_\_\_\_ meses      Que tan largo el parto: \_\_\_\_\_ horas

**Historia del nacimiento:**

Peso al nacer \_\_\_\_ libras \_\_\_\_ onzas      Necesitó oxígeno  Sí  No      Ictericia  Sí  No      Ataques Sí  Sí  No

**A que edad su niño(a):**

Se volteó	Se sentó	Caminó	Se vistió	Hablo su primer palabra
Habló oraciones de 2 o 3 palabras			Pudo controlar su vejiga durante el día	
Pudo controlar su vejiga durante la noche _____			¿Es el habla de este niño (a) difícil de entender? Sí _____ No _____	