

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD 2022-2023

La siguiente información sobre su hijo se solicita para que la enfermera de salud escolar proporcione los servicios de salud escolar más apropiados y / o servicios de salud de emergencia para su hijo.

POR FAVOR COMPLETE Y REGRESE A LA CLÍNICA DE SALUD DE LA ESCUELA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
GRADO _____ SEXO _____ MAESTRO _____
NOMBRE DE PADRES/TUTORES _____
NO. DE TELEFONO _____ NO. DE TRABAJO _____
NO. TELÉFONO CELULAR DE LOS PADRES _____
NOMBRE DEL MEDICO DEL ESTUDIANTE _____
NUMERO MEDICO DEL ESTUDIANTE _____

VERIFIQUE TODO LO QUE SE APLIQUE ACTUALMENTE A SU HIJO

POR FAVOR DESCRIBA

- | | |
|---|-----------|
| 1. ___ Problemas oculares o de visión | 1. _____ |
| 2. ___ Problemas de oído o audición | 2. _____ |
| 3. ___ Problemas pulmonares/respiratorios, asma, etc. | 3. _____ |
| 4. ___ Problemas cardíacos/cirugía/problemas de presión arterial | 4. _____ |
| 5. ___ Problemas renales/vesicales, cirugía, etc. | 5. _____ |
| 6. ___ Problemas óseos, articulares o musculares | 6. _____ |
| 7. ___ Problemas neurológicos, convulsiones, migraña/dolor de cabeza | 7. _____ |
| 8. ___ Problemas de columna vertebral o espalda, cirugía, etc. | 8. _____ |
| 9. ___ Antecedentes de problemas/tratamientos emocionales/de salud mental | 9. _____ |
| 10. ___ Consumo/abuso o tratamiento de alcohol/drogas | 10. _____ |
| 11. ___ Diabetes (tipo I o tipo II) | 11. _____ |
| 12. ___ Cáncer (cualquier tipo) | 12. _____ |
| 13. ___ ADD/ADHD | 13. _____ |
| 14. ___ Trastorno del espectro autista | 14. _____ |
| 15. ___ Lupus u otro trastorno autoinmune | 15. _____ |
| 16. ___ Inmunidad deficiente o trastorno del sistema inmunitario | 16. _____ |
| 17. ___ Enfermedad de células falciformes o trastorno de la sangre/sangrado | 17. _____ |
| 18. ___ Fibrosis quística | 18. _____ |

Enumere cualquier afección crónica o a largo plazo:

Haga una lista de cualquier cirugía; fecha y motivo:

Enumere cualquier hospitalización en los últimos cinco años:

Enumere cualquier restricción en la actividad / discapacidades físicas:

Haga una lista de todos los medicamentos diarios que toma su hijo:

Haga una lista de TODAS las alergias de su hijo, incluso a medicamentos, productos alimenticios y / o picaduras de insectos:

Por favor, especifique aquellas alergias que son graves: _____

¿Su hijo tiene un Epi-Pen? _____ [] SÍ [] NO