

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Toma su hijo algún medicamento de manera rutinaria? Sí No

Nombre del medicamento: _____ Propósito de la medicamento _____

Nombre del medicamento: _____ Propósito de la medicamento _____

Nombre del medicamento: _____ Propósito de la medicamento _____

Por favor, póngase en contacto con la oficina de la escuela con respecto las pólizas "medicamentos en la escuela" si su hijo debe tomar medicamentos o medicamentos sin receta durante el día escolar.

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de, o tiene ahora las siguientes condiciones o inquietudes.

HISTORIA DE SALUD

ADD/ADHD: Sí No

Medicina necesaria en la escuela? Sí No

ASMA: Sí No

En caso afirmativo: Leve Moderada Severo

Medicina necesaria en la escuela? Sí No

ALERGIAS: Sí No

Leve Moderada Severo

Abejas/insectos

Alimentos _____

Alergia hierva/polen temporal

Alergia a medicamentos _____

Otro _____

EpiPen en casa EpiPen en la escuela

(No es necesario incluir Hiedra venenosa)

CONVULSIONES: Sí No

Medicación: _____

LIMITACIONES FÍSICAS: Sí No

Equipo especial necesario en casa

Equipo especial necesario en la escuela

DIABETES: Sí No

En caso afirmativo: Tipo I Tipo 2

Condición Cardíaca: Sí No

CONDICIÓN DE VISIÓN: Sí No

CONDICIÓN DEL OIDO: Sí No

OTRAS ENFERMEDADES IMPORTANTES/LESIONES

Sí No _____

HOSPITALIZACIONES toda una NOCHE: Sí No

EDAD _____ ¿PORQUÉ? _____

Historia Prenatal/Historia obstétrico

Nacimiento Histórico

Historia del Desarrollo (edad)

(Por favor circule "Y" si es afirmativo y "N" si no. Explique todas las respuestas "sí" en el espacio correspondiente. Incluya año/edad de su hijo/a en el momento del evento.)

Bajo cuidado médico durante el embarazo	Y N	Peso al Nacer:	Se sentó Solo:
Alguna complicación durante el embarazo	Y N	Condición de Bebe al Nacer: bien regular mal	Gateo:
Anemia/Hemorragia	Y N	Piel amarilla	Y N
Problema con los Riñones	Y N	Piel azul	Y N
Significante Hinchazón	Y N	Dificultad Respiratoria	Y N
Infecciones	Y N	Hemorragias	Y N
Reposo en Cama Recomendado	Y N	Anormalidades	Y N
Duración del Embarazo		Incubadora	Y N
Parto: Vaginal Cesárea		Problemas de Alimentación	Y N
Utilizaron Anestésico:		Problemas de Sangre RH	Y N

Información adicional: _____

¿Tiene algo que desea discutir con la enfermera de la escuela? Y N

Firma del Padre: _____

Fecha: _____ HF-1 SP