



Formulario de información de salud

Nombre del niño _____ Idioma principal en casa _____

Fecha de nacimiento del niño _____ edad _____ grado _____

Nombre del proveedor de atención primaria de salud: _____

Fecha del último examen _____

Ha sido visto por un especialista Sí No

Seguro médico: Privado Medi-Cal Healthy Families Ningún

¿Quién completo el formulario?

Madre Padre Nombre _____

Otro (explique la relación con el niño) _____

HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Su hijo ha sido **paciente en un hospital** (excepto después del nacimiento)?

No (Si la respuesta es no, vaya a la pregunta # 2.)

Sí (Si la respuesta es sí, explique por qué y cuándo abajo.)

Mi hijo estuvo en el hospital por (razón):	Fecha

2. ¿Su hijo esta tomando **algún medicamento** ? Sí - (si la respuesta es sí anote los medicamentos del niño abajo)

¿Su hijo usa un **inhalador o tratamientos respiratorios**? Sí No Si la respuesta es sí anote el medicamento del niño abajo.

No (si la respuesta es no, vaya a la pregunta #3)

Nombre del medicamento	Cantidad/dosis)	¿Cuántas pastillas o dosis toma en la:
		___ mañana ___ mediodía ___ cena ___ cama
		___ mañana ___ mediodía ___ cena ___ cama
		___ mañana ___ mediodía ___ cena ___ cama
		___ mañana ___ mediodía ___ cena ___ cama

3. ¿Que **medicamentos sin receta** toma su hijo?

Vitaminas

Medicina natural (anote el medicamento) _____

Otras medicinas como Tylenol, Advil o algo más (anote) _____

Ninguno, mi hijo no toma medicamento sin receta.

4. ¿Tiene su hijo **alguna reacción alérgica (efecto negativo)** de cualquier de los siguientes? (**Marque todos los que apliquen.**)

Alergias externas o interiores (por ejemplo: la fiebre del heno, pasto, polen, gatos ...) **anote abajo ↓**

Alergias a los alimentos (por ejemplo, los cacahuates, leche, trigo ...) **anote abajo ↓**

Alergias a los insectos o animales (por ejemplo: abejas, avispa, gatos ...) **anote abajo ↓**

Usa medicamentos o inyecciones (vacunas) **anote abajo ↓**

No, mi hijo no tiene alergias.

¿Tiene su hijo un **Epi-Pen** or **Auvi-Q**? Sí No Si la respuesta es si, favor de traer uno a la escuela.

Mi hijo es alérgico o sensible a:	¿Qué sucede cuando su hijo tiene una reacción?

5. ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas o lesiones médicas ?

Por cada respuesta marcada Sí, describa el problema de su hijo después de la condición.

ADD/ADHD (Desorden de déficit de atención)/ ADHD (desorden hiperactivo y déficit de atención)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espalda (espalda encorvada, dolor de espalda)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Defecto(s) de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Respiración (tos, asma)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Varicela--Fecha:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento (problemas con evacuación intestinal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Oídos (infecciones ,tubos de oído)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comiendo (sobre comer, no come, difícil, dieta especial)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ojos (vision borrosa, usa anteojos, ojo vago)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fiebre de más de 103.0	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesión en la cabeza o conmoción cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cabeza dolores (frecuentes, migrañas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Audición (tiene problemas a veces, usa audífonos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Corazón (latidos cardíacos rápidos o irregulares, soplo cardíaco)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hospitalización	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud mental (depresión, ansiedad, miedos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Movilidad: problemas de motor grueso o fino	Edad al gatear: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Boca o garganta (Estreptocócica, problema de tragar)	Caminar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Musculo y hueso (músculos débiles, dolor en las articulaciones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nariz (infecciones nasales, hemorragias nasales)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Orina (moja la cama, dolor al orinar)	Edad del entrenamiento de hacer del baño: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones (agitación, convulsiones, epilepsia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Piel (acne, descamación de la piel), erupciones cutáneas, salpullido)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dormir (problemas para dormir)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Habla (dificultades con el habla o de lenguaje)	Edad de la primera palabra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estómago (problemas del estómago)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cirugía – Fecha de cualquier cirugía:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inconsciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Visión - debe usar anteojos o contactos para ver <input type="checkbox"/> distancia <input type="checkbox"/> leer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Firma de la persona completando el formulario

Fecha

* Nota: la información confidencial sobre la salud de su estudiante puede ser compartida solamente con el personal de la escuela que necesita saber para proteger la seguridad de su hijo. Se les pide que mantengan esta información de salud privada y que no la compartan con nadie. Si hay información sobre la salud que le gustaría no compartir, comuníquese con la enfermera de la escuela.