



HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Año Escolar 2019-2020

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

ID del Estudiante #: _____ Genero: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

(Si indica Sí en alguna categoría, por favor explíquelo)

#	Preocupación	Sí	O	No	Explicación y Comentarios
1.	Alergias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
	* Usa EpiPen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
2.	Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
	* Usa Inhalador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rara Vez <input type="checkbox"/> Una Vez Diaria <input type="checkbox"/> Más de una Vez al Día <input type="checkbox"/> Para Deportes
	* Usa Inhalador en la Escuela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
	* El niño despierta durante la noche tosiendo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
3.	Desorden Sanguíneo, Hemofilia, Células Falciformes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
4.	Medicamentos Diarios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
	* Nombres de Medicamentos	En Casa			
		En la Escuela			
5.	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
6.	Problemas de Oído / Audición	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
7.	Lentes / Contactos / Ojos / Problemas de Visión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	Último Examen de la Vista:
8.	Problemas del Corazón / Falta de Aliento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
9.	Soplo Cardíaco / Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
10.	Mareos o Dolor en el Pecho con el Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
11.	Huesos /Problemas Articulares /Lesiones /E scoliosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
12.	¿Pérdida de función de uno de los órganos pareados? (ojo / oído / Riñón / testículo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	Enlistar:
13.	Hospitalización	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	Edad: Razón:
14.	Preocupaciones de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
15.	Problemas Neurológicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
16.	Restricciones Físicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
17.	Convulsiones / ¿Cómo son?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
18.	Lesiones o Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
19.	Cirugía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	¿Cuándo? ¿Para Qué?
20.	Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
21.	Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
22.	Lesión en la Cabeza / Conmoción Cerebral / Desmayo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
23.	Trabajo Dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Frenos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Otro
24.	Consumo de Tabaco / Alcohol / Drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	Tipo: Frecuencia:
25.	TB Enfermedad / Prueba Cutánea Positiva (pasado/presente)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
26.	ADHD / ADD	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	
27.	Sangrado de Nariz	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> No	

Yo comparto esta información con el personal de la escuela apropiado y de emergencia para fines de salud y educativos.

Firma del Padre / Tutor Legal

Fecha