

Greater Clark County Schools  
Clark Memorial Hospital y Clark Physician Group, LLC

**Historial de Salud Inicial**

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID del Estudiante: \_\_\_\_\_

Hay algún problema o preocupación sobre su estudiante?: \_\_\_\_\_

**Su hijo(a) tiene alergias** (de comida, medicamentos, medio ambiente)?

Alergia: \_\_\_\_\_ Reaccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicinas actualmente Administradas** (incluya vitaminas/fluoruro/suplementos):

- |          |                     |
|----------|---------------------|
| 1. _____ | Recetado por: _____ |
| 2. _____ | Recetado por: _____ |
| 3. _____ | Recetado por: _____ |
| 4. _____ | Recetado por: _____ |

**Nombre/Dirección/Teléfono del Médico de Atención Primaria:** \_\_\_\_\_

**Fecha de su último Examen Médico:** \_\_\_\_\_ **Hecho Por:** \_\_\_\_\_

**Fecha de su último Examen Dental:** \_\_\_\_\_ **Hecho Por:** \_\_\_\_\_

**Ponga una lista de hospitalizaciones, enfermedades, accidentes, huesos rotos, cirugías, etc.:**

Fecha                  Edad del niño(a)          Por favor explique el evento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cuál de las siguientes condiciones o problemas a tenido su hijo(a) o le preocupan:**

Fecha/Explique:

- |                                                                       |       |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel                         | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes infecciones de oído               | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al escuchar                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes sangrados de nariz                | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de garganta               | _____ |
| <input type="checkbox"/> Neumonía                                     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Falta de Aliento o Intolerancia al Ejercicio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Murmullo del Corazón                         | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ictericia                                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de estomago               | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frecuente diarrea                            | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Habla                           | _____ |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento                                | _____ |
| <input type="checkbox"/> Heces de color negro                         | _____ |
| <input type="checkbox"/> Infección del Riñón/o Vejiga                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar                              | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mojar la Cama                                | _____ |
| <input type="checkbox"/> Periodos menstruales dolorosos               | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                             | _____ |
| <input type="checkbox"/> Varicela                                     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Perdida de conciencia                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros                                        | _____ |

**Por favor, escriba cualquier especialista que su hijo(a) ve regularmente** (doctor, consejero, terapeuta de lenguaje, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional):          Quien: \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(Por favor de la vuelta y completar)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID del Estudiante: \_\_\_\_\_

**Quien vive con su hijo(a) en casa?**

Nombre	Relación	Edad	Alguna condición de salud?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Historia de Salud Familiar** – Marque cualquiera de las siguientes enfermedades que sus familiares tienen (incluyendo abuelos, padres, hermanos):

	Relación		Relación
Eczema	_____	Anemia o problemas de sangre	_____
Convulsiones	_____	Alcoholismo	_____
Tuberculosis	_____	Enfermedades del Riñón	_____
Fiebre alta	_____	Fibrosis quística	_____
Asma	_____	Cáncer	_____
Presión arterial alta	_____	Problemas de aprendizaje	_____
Diabetes	_____	Defectos al nacer	_____
Obesidad	_____	Problemas psiquiátricos	_____
Colesterol alto	_____	Otras condiciones no mencionadas	_____
Ataque al corazón o derrame cerebral (Si ocurrió antes de los 55 años de edad)	_____	Muerte antes de los 50 años (Distinta de un accidente)	_____

**Historia Social:** Tiene alguna preocupación sobre (conducta, emocional, o al contrario) de este niño(a)? En caso afirmativo, por favor explique.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Donde va su hijo(a) después de la Escuela (si aplica)?** \_\_\_\_\_

**Que hace su hijo(a) en su tiempo libre (pasatiempo/deportes):** \_\_\_\_\_

**Cuántas horas al día mira su hijo(a) la TV/computadora?** \_\_\_\_\_

**Indique los problemas interpersonales financieros que pueden preocuparlo** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cualquier historia de abuso sexual, físico, emocional? Por favor explique** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Como le va a su hijo(a) en la escuela** \_\_\_\_\_

**Tiene preocupaciones acerca de sus amigos / interacción social?** \_\_\_\_\_

Para uso de la escuela solamente	
Revisado por: _____	Fecha: _____
Comentarios: _____	
Revisado por: _____	Fecha: _____
Comentarios: _____	
Revisado por: _____	Fecha: _____
Comentarios: _____	
Revisado por: _____	Fecha: _____
Comentarios: _____	
Revisado por: _____	Fecha: _____
Comentarios: _____	