

**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 (comida, medicamentos, medio ambiente)?**

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

Reacción: \_\_\_\_\_

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

**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: \_\_\_\_\_

Fecha/Explique: \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| • Problemas de la Piel _____           | Problemas de la Vista _____                           |
| • Frecuentes Infecciones de oído _____ | Dificultad al Escuchar _____                          |
| • Frecuente sangrado de la nariz _____ | Frecuente dolor de garganta _____                     |
| • Neumonía _____                       | Falta de aliento o<br>intolerancia al ejercicio _____ |
| • Murmullo del Corazón _____           | Frecuentes dolores de estómago _____                  |
| • Ictericia _____                      | Problemas de habla _____                              |
| • Frecuente diarrea _____              | Heces de color negro _____                            |
| • Estreñimiento _____                  | Dolor al orinar _____                                 |
| • Infecciones de Riñón/Vejiga _____    | Períodos menstruales dolorosos _____                  |
| • Moja la cama _____                   | Fiebre reumática _____                                |
| • Anemia _____                         | Dolor en las articulaciones _____                     |
| • Varicela _____                       | Otros _____   |
| • Pérdida de conciencia _____          |   |

**¿Con cuál de las siguiente ha sido su hijo(a) diagnosticado?:**

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| • Anemia/desorden sanguíneo _____ | Soplo del Corazón _____           |
| • Artritis _____                  | Discapacidad de aprendizaje _____ |
| • Asma _____                      | Migrañas _____                    |
| • Defectos Congénitos _____       | Trastorno Psiquiátrico _____      |
| • Cáncer _____                    | Enfermedad de la Tiroides _____   |
| • Diabetes (¿Tipo 1 o 2?) _____   | Otros _____                       |
| • Epilepsia/Convulsiones _____    | 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 voltee la hoja y para completar el formulario)**

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

**¿Quién 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	_____	Muerte antes de los 50 años	_____
(Si ocurrió antes de los 55 años de edad)		(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.

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

**¿Dónde 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: _____