

EL DISTRITO ESCOLAR CENTENNIAL
FORMA DE HISTORIA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ESCUELA
(PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR)

ESCUELA _____ FECHA _____
GRADO _____

Estimados Padres:

Queremos que su hijo/a tenga la mejor experiencia posible en la escuela. Para asegurar esto, necesitamos tener información de la historia de salud actual de su hijo/a. Por favor, llene esta forma y devuélvala a la enfermera de la escuela.

NOMBRE DEL NIÑO/A:

	Apellido(s)	Nombre	Segundo Nombre
DIRECCION:			
Calle	Cuidad	Estado	Código Postal

TELEFONO: _____ Fecha de Nacimiento _____

Masculino _____ Femenino _____

Nombre del Padre: _____	Nombre de la Madre: _____
Apellido(s)	Apellido(s)
Nombre	Nombre

Tutor Legal _____ Parentesco _____

Doctor del Niño/a _____ Fecha del último examen _____
Tipo de Seguro Medico _____

Dentista del Niño/a _____ Fecha del último examen _____
Tipo de Seguro Medico _____

Nombre de la última escuela a que el niño asistió: _____

Dirección: _____

Numero Telefónico _____

¿Necesita usted servicios de la comunidad?:
¿Servicios de Salud y/o Dentales Gratuitos? Sí _____ No _____
¿Programa de Comida Gratis o Reducida? Sí _____ No _____

A. Historia de Desordenes o Enfermedades

Marque cada uno de lo siguiente que aplique a su niño/a y ponga la fecha cuando el niño/a tuvo la enfermedad.

Varicela _____ Año _____ Neumonía _____ Cáncer _____ Diabetes _____

ADD/ADHD (desorden de atención/desorden de atención con hiperactividad) _____

Desorden Lyme _____ Desorden de los Riñones _____ Desorden del Corazón _____

Desorden del Hígado _____ Artritis _____ Dolor de Cabeza _____ Mareos _____

Desorden de Sangrar _____ Desorden de ataques epilepsias _____ Desorden del piel _____

Deterioro Físico _____ Problemas del Habla _____

Por favor describe: _____

B. Historia de Salud Por favor indique Sí o No por encerrar uno.

- ¿Tiene su hijo/a infecciones de los oídos frecuentes o problemas de oír? No Sí
- ¿Tiene su hijo/a problemas con sus ojos o con su visión? No Sí
- ¿Ha tenido su hijo/a una enfermedad grave? No Sí
- ¿Ha tenido su hijo/a cirugía? No Sí

Si ha contestado que si, por favor describe:

C. Historia de Alergias Por favor indique Sí o No por encerrar uno.

- ¿Tiene su hijo/a alergias del ambiente? No Sí
Explique _____
- ¿Ha tenido su hijo/a una reacción alérgica a una medicina? No Sí
Por favor describe que le pasó _____

- ¿Ha tenido su hijo/a una reacción alérgica a una comida? No Sí
Por favor describe que le pasó _____

- ¿Ha tenido su hijo/a una reacción alérgica a una picadura del insecto? No Sí
Por favor describe que le pasó: _____

- ¿Tiene su hijo/a asma? No Sí
- Tipo de asma (causado por alergias, inducido por ejercicios, etc.)
El mejor flujo mayor de su hijo/a (llamado en ingles Peak Flow) _____

Por favor anote medicinas tomadas para asma y la frecuencia de que se toman.

D. Historia del Uso de Medicinas

- ¿Toma su hijo/a medicinas diariamente? No Sí
- Por favor anote medicinas que toma su hijo/a y el motivo para tomarlas.

E. Historia Social

- Hubo cambios en la familia durante el año que pasó tales como:
 ¿Una separación, divorcio, o nuevo casamiento? No Sí
- ¿Un muerto o enfermedad grave en la familia? No Sí
- ¿Cualquier otra situación la cual puede afectar a su hijo/a? No Sí

Si contesta que sí,
explique _____

F. Misceláneo

Por favor anote cada condición y/o restricciones que tiene su hijo/a las cuales pueden limitar sus actividades en la escuela. Por favor incluya otros comentarios que nos ayuden acerca de su hijo/a.

**SE REQUIERE UNA COPIA DE LAS INMUNIZACIONES ACTUALES PARA MATRICULAR A SU HIJO/A.
POR FAVOR JUNTE LA COPIA A ESTA FORMA**

Gracias por llenar esta forma