

SUMMIT PUBLIC SCHOOLS
CUESTIONARIO DEL HISTORIAL DE SALUD

Estimado Padre/Guardian:

Nos gustaria que su hijo/hija adquiriera la mejor experiencia escolar. La información que sigue le ayudará a la enfermera escolar a entender mejor a su hijo (a) y asistir en la transición a la escuela. Si su hijo (a) tiene algún problema medico o algo que medicamente le preocupe, y necesita conversar con la enfermera escolar, por favor llame a la officina de salud escolar para hacer una cita.

Nombre del estudiante_____ **Fecha de Nacimiento**_____

Embarazo/Historial al Nacer:

Embarazo completo: Si () No () Complicaciones en el Parto: Si () No ()

Si la respuesta es afirmativa explique _____

Alguna preocupación medica inmediatamente después de nacer: Si () No ()

Explique _____

Historial Developmental (marque con un circulo las respuestas)

Sentarse solo(a)	Temprano	Normal	Area de preocupación *
Gatear	Temprano	Normal	Area de preocupación*
Caminar solo (a)	Temprano	Normal	Area de preocupación*
NO uso de pañales	Temprano	Normal	Area de preocupación*
Comer solo (a)	Temprano	Normal	Area de preocupación*
Vestirse solo (a)	Temprano	Normal	Area de preocupación*
Hablar primera palabras	Temprano	Normal	Area de preocupación*
Hablar en oración	Temprano	Normal	Area de preocupación*
Explicar las areas de preocupación _____			

Historial de Salud/Preocupaciones de Salud (Circule Si o No * Por favor explique las respuestas afirmativas)

ADD (Atención Deficiencia)	Si	No	
Alergias	Si	No	
Asma (Reactive Airway Disease)	Si	No	
Autismo/Aspergers	Si	No	
Problema con Comportamiento/Emocional	Si	No	
Problemas Sanguineos	Si	No	
Problemas de Huesos or Muscular	Si	No	
Problemas de Riñones/Vejiga	Si	No	
Problemas de Excreción: Estriñimiento/Diarrhea	Si	No	
Varicela (marque el mes y ano)	Si	No	Fecha_____
Concusion (Trauma a la Cabeza)	Si	No	Fecha_____
Diabetis	Si	No	
Problemas digestivos/Dieta Especial	Si	No	
Infección de Oidos frecuente (Tubos)	Si	No	
Problemas de Oir/Escuchar	Si	No	

(continua atrás)

SUMMIT PUBLIC SCHOOLS
CUESTIONARIO DEL HISTORIAL DE SALUD

Historial de Salud/Preocupaciones de Salud (continua):

Problemas de Vision o de los Ojos	Si	No
Usa lentes oculares/gafas	Si	No
Problemas al comer (aspiracion, nausea, exceso de saliva)	Si	No
Reflejo de Acidez Cronica	Si	No
Emfermedades Geneticas	Si	No
Crecimiento (mucho peso/poco peso/estatura pequeña)	Si	No
Problemas de Corazón/de Nacimiento/Soplo al Corazón	Si	No
Dolores de Cabeza/Migraña	Si	No
Deficiencia Hormonal (Tiroide, Crecimiento, Adrenal, otro)	Si	No
Inmunodeficiencia	Si	No
Trastornos Metabolicos	Si	No
Trastornos Neurologicos	Si	No
Hemorragias Nasales Frecuentes	Si	No
Infecciones frecuente de las vias Respiratorias	Si	No
Convulsiones (de Fiebre / Epileptica/otra causa)	Si	No
Anemia Facilforme (Sickle Cell Disease)	Si	No
Problemas al Dormir	Si	No
Infeccion de Garganta (StrepThroat):		
(Fiebre Escarlatina/Fiebre Rheumatica)	Si	No
Cirujias/Hospitalizaciones	Si	No
Sindrome de Tourettes (Tics)	Si	No
Otra	Si	No

*Si tiene respuestas afirmativas, por favor explique: _____

Estado de Salud Actual:

Tiene su hijo (a) alguna alergia? Si No

Son estas alergias graves o pueden causar muerte? Si No

Explique a que es alergico (a) _____

Esta su hijo (a) tomando medicamento ahora? (Por favor incluya vitaminas y medicinas como Albuterol o Epipen cuando es necesario) _____

Ha sido su hijo (a) evaluado por Servicios de Intervención Temprana? Si No

Ha sido su hijo (a) evaluado por Problemas de Aprendizaje? Si No Cuando? _____

Ha sido su hijo (a) clasificado en la escuela? Si No Cuando? _____

Ha sido su hijo (a) evaluado para terapia de lenguaje y habla? Si No Cuando? _____

Doctor Familiar/Practitioner (nombre/dirección/teléfono): _____

Dentista Familiar (nombre/dirección/teléfono): _____

Yo doy permiso a la enfermera escolar a compartir la información aquí mencionada con el personal escolar que trabaja directamente con mi hijo(a). Si____ No____

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____