

HISTORIAL DE SALUD - DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE DOVER - DOVER, PA

A los padres o tutores: La información solicitada en estos formularios ayudará a las autoridades escolares a satisfacer las necesidades de salud escolar de su hijo/a.

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Sexo: Masculino Femenino
 Número de acta de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____
 Nombre del padre _____ Lugar de nacimiento _____
 Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____
 Personas con las que reside el niño _____ Relación _____

FECHAS DE LAS VACUNAS

VACUNAS Y PRUEBAS							EXCEPCIONES
	FECHA ADMINISTRADA				REFUERZOS Y FECHAS		
	1	2	3	4	5	6	
DIFTERIA Y TÉTANO							<input type="checkbox"/> EXENCIÓN MÉDICA EN ARCHIVO <input type="checkbox"/> EXENCIÓN RELIGIOSA EN ARCHIVO Nota: Fechas de las vacunas en bloques negros son requeridas para ingresar.
POLÍO							
SARAMPIÓN, PAPERAS, RUBÉOLA							
HEPATITIS B							
VARICELA							
HIB							
HAEMOFILUS INFLUENZA tipo B							
OTRO (ESPECIFIQUE)							
	FECHA	RESULTADO		FECHA	RESULTADO		
PRUEBAS DE TUBERCULOSIS							
RAYOS X DEL PECHO							

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE (DATOS)

- A. Historial de salud prenatal Circule la respuesta
1. ¿Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? NO SI
 2. ¿Tomó la madre algún medicamento o droga (que no sea hierro o vitaminas) durante el embarazo?: NO SI
 3. ¿El bebé nació con más de 2 semanas de adelanto o 2 semanas de retraso? NO SI

Si ha circulado SI a alguna de las preguntas anteriores, por favor indique la razón a continuación:

- B. Historia del desarrollo
1. ¿Cuál fue el peso del bebé al nacer?
 2. ¿Tuvo el bebé algún problema durante su estancia en el hospital? NO SI
 3. ¿Tuvo el bebé algún problema especial durante los primeros 6 meses? NO SI
 4. ¿A qué edad se sentó el niño solo sin apoyo? _____
 5. ¿A qué edad caminó el niño solo sin apoyo? _____
 6. ¿A qué edad empezó el niño a decir 2 ó 3 palabras juntas? _____
 7. ¿A qué edad aprendió el niño a ir al baño? _____

Si ha circulado SI a alguna de las preguntas anteriores, por favor indique la razón a continuación:

<u>C. Historial de salud (continuación)</u>	<u>Circule la respuesta</u>
1. ¿Ha tenido el niño sarampión, sarampión alemán, tos convulsiva?	NO SI
2. ¿Ha tenido el niño varicela? Fecha _____	NO SI
3. ¿Ha tenido el niño fiebre reumática?	NO SI
4. ¿Ha tenido el niño neumonía?	NO SI
5. ¿Ha tenido el niño más de 6 resfriados o infecciones de garganta con fiebre en un año?	NO SI
6. ¿Se ha examinado la audición del niño?.....	NO SI
7. ¿Se ha examinado la visión del niño?.....	NO SI
8. ¿Usa su hijo gafas??	NO SI
9. ¿Su hijo ha tenido alguna vez problemas con los dientes?	NO SI
10. ¿Ha tenido su hijo/a algún desmayo?	NO SI
11. ¿Se queja el niño de dolores de cabeza?	NO SI
12. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que el niño tiene un soplo cardíaco?	NO SI
13. ¿Tiene el niño problemas para mantenerse al mismo ritmo que otros niños?	NO SI
14. ¿Hay algún alimento que no le guste al niño?	NO SI
15. ¿Tiene el niño diarrea a menudo??	NO SI
16. ¿El estreñimiento ha sido alguna vez un problema serio para este niño?	NO SI
17. ¿Ha tenido el niño alguna vez lombrices o parásitos?	NO SI
18. ¿Ha visto alguna vez sangre en las heces del niño?	NO SI
19. ¿Ha tenido el niño alguna vez ictericia o problemas de hígado?	NO SI
20. ¿Se queja el niño de dolor abdominal?	NO SI
21. ¿Tiene el niño problemas para orinar?	NO SI
22. ¿Tiene el niño problemas de la piel?	NO SI
23. ¿Ha tenido el niño alguna vez asma o sibilancias?	NO SI
24. ¿Tiene el niño problemas para respirar por la nariz?	NO SI
25. ¿Ronca el niño por la noche?	NO SI
26. ¿Se ha quejado el niño de dolor en los brazos o en las piernas.....	NO SI
27. ¿Ha tenido el niño alguna vez las articulaciones hinchadas o cojera?	NO SI
28. ¿Ha tenido el niño alguna vez un trastorno sanguíneo?	NO SI
29. Ha comido el niño pintura o yeso o cualquier otra cosa que no sea comida?	NO SI
30. ¿Tiene el niño algún problema para dormir?.....	NO SI

Si ha circulado SI a alguna de las preguntas anteriores, por favor indique la razón a continuación:

Circule cualquiera de las siguientes que le preocupan sobre su hijo/a:

- | | |
|--|---|
| 1. Orinarse en la cama | 13. Rabietas |
| 2. Orinarse durante el día | 14. Contradictorio o testarudo |
| 3. Chuparse el dedo | 15. Desobediente |
| 4. Balbucear o tartamudear | 16. Mintiendo |
| 5. Altamente nervioso o se enfada con facilidad | 17. Egoísta al compartir |
| 6. Tímido | 18. Celoso de sus hermanos y hermanas |
| 7. Triste y malhumorado | 19. Peleando con otros niños |
| 8. Sus sentimientos son fácilmente heridos | 20. Destruye cosas a propósito |
| 9. Quiere demasiada atención | 21. Problemas alimentándose |
| 10. Querer demasiada comodidad o apoyo de los padres | 22. Problemas intestinales |
| 11. Soñando despierto | 23. Cualquier otro problema no mencionado |
| 12. Pesadillas | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

D. **Necesidades especiales de salud**

Círcule la respuesta

- ¿Ha tenido el niño alguna enfermedad grave u operación? - - - - - NO SI
¿Cual? _____ Fecha: _____
- ¿Está el niño recibiendo tratamiento por algún problema de salud actualmente? - - - - - NO SI
Tip de problema: _____ Fecha de la última visita: _____
- Aparte de las vitaminas, ¿toma el niño algún medicamento, pastillas o droga? - - - - - NO SI
¿Que? _____ Razón _____
- ¿Necesita el niño tomar alguna medicina en la escuela? - - - - - NO SI
¿Que? _____ Razón _____
- ¿Es el niño alérgico a algo, como alimentos, plantas, insectos, medicamentos? - - - - - NO SI
¿A que? _____
- ¿Ha tenido el niño algunas convulsiones (ataques)? - - - - - NO SI
¿Cuántas? _____ Tratamiento _____
- ¿Necesita el niño una dieta especial o tiene algún problema de alimentación? - - - - - NO SI
Provea detalles _____
- ¿Ha tenido el niño otras enfermedades, accidentes, fracturas, suturas? - - - - - NO SI
¿Cuáles? _____ Cuando? _____
- ¿Tiene el niño alguna otra necesidad o problema de salud especial? - - - - - NO SI
¿Cuál? _____

Si ha circulado SI a alguna de las preguntas anteriores, por favor indique la razón a continuación:

E. Historial de salud de la familia (indique si es materna o paterna)

Círcule cualquiera de las siguientes enfermedades que los padres, abuelos, tíos, hermanos y hermanas de este niño han tenido:

Alergia, asma, cáncer, adicción a las drogas y al alcohol, diabetes, enfermedades cardíacas, convulsiones, problemas psiquiátricos,

tuberculosis, envenenamiento por plomo, anemia de células falciformes, problemas de visión, problemas de audición, problemas de aprendizaje, anemia,

otras enfermedades hereditarias o familiares.

(Reverso)

F. La ley estatal requiere que cada niño tenga un examen físico y un examen dental completado dentro de 1 año de la fecha original de entrada a la escuela. Si usted desea que el examen físico o dental sea realizado por el médico/dentista de la escuela, por favor firme abajo:

Examen físico en la escuela: _____
(Firma del padre) (Fecha de la firma)

Examen dental en la escuela: _____
(Firma del padre) (Fecha de la firma)

Nombre del dentista de la familia _____

Número de teléfono _____

Nombre del doctor de la familia _____

Número de teléfono _____

Seguro Médico:

¿Tiene su hijo un seguro médico? SI NO

Si es Sí, por favor complete:

Tarjeta Medica o Tarjeta de Acceso (Access) _____
Número

Blue Cross/Blue Shield _____ / _____ / _____
Número de ID Número del Grupo Tipo

Otro Seguro _____ / _____
Nombre Número

¿Es la cobertura del seguro de su hijo una póliza HMO? SI NO

Si su hijo está cubierto por una póliza HMO, ¿quién es el médico primario:

_____ / _____
Nombre Número de teléfono

G. Firma del Padre o Tutor _____

Fecha _____

Dirección _____

Número de teléfono del hogar _____

Número de teléfono del trabajo _____