



# Student Health History Form Formulario de Historial de Salud del Estudiante

Students  
5310 F1  
Revised 5/20/15  
Page 1 of 2  
*Spanish*

- El formulario debe ser completado y firmado por los padres durante el registro antes de que el estudiante comience la escuela.
- El formulario debe ser archivado en el archivo de salud del estudiante en el edificio escolar asignado.

## DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre del alumnx: \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino:  Femenino:

Dirección del alumnx: \_\_\_\_\_  
calle ciudad estado zip

Nombre del padre / tutor - Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombres / edades de los hermanos: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

Lista de medicamentos que se administran al día: \_\_\_\_\_  
razón dada: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

Sí, indique que el tipo de alergia a continuación  Ninguna conocida

	Nombre / tipo	Reacción	Tratamiento
Animales	_____	_____	_____
Drogas	_____	_____	_____
Ambiental	_____	_____	_____
Alimentos	_____	_____	_____
abejas / avispas	_____	_____	_____

## HISTORIAL DE SALUD (Por favor marque todas las condiciones que su hijx tiene o ha tenido, y explique a continuación)

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD                | <input type="checkbox"/> Los retrasos del desarrollo | <input type="checkbox"/> problemas menstruales          | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel  |
| <input type="checkbox"/> Artritis / articulaciones | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental      | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos         | <input type="checkbox"/> Migrañas                       | <input type="checkbox"/> Cirugías              |
| <input type="checkbox"/> Defectos congénitos       | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos         | <input type="checkbox"/> Limitaciones físicas           | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios   |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre   | <input type="checkbox"/> Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> Problemas de pareja            | <input type="checkbox"/> Problemas visuales    |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales    | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones           | <input type="checkbox"/> Convulsiones, tics o temblores | <input type="checkbox"/> Otros                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje    | <input type="checkbox"/> Enfermedades graves            |  |

Problemas de salud marcados hospitalización previamente	Edad del niñx @ diagnóstico	Fecha (s) de	Cualquier problema a largo plazo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Formulario de Historial de Salud del Estudiante (cont.)**

Nombre del alumnx: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE EMBARAZO Y NACIMIENTO**

Edad de la madre al momento del embarazo: \_\_\_\_\_

¿Algún problema con el bebé? \_\_\_\_\_

Duración del embarazo: \_\_\_\_ semanas Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_ horas Peso del bebé al nacer: \_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_ onz.

¿Alguna complicación con el parto o el bebé después del nacimiento? \_\_\_\_\_

**DESARROLLO DEL HABLA Y DEL IDIOMA**

¿Le preocupa que su hijx pueda tener o haya tenido un problema con el desarrollo del habla o del lenguaje? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus preocupaciones? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido terapia del habla anteriormente? \_\_\_\_\_ ¿Dónde y cuándo? \_\_\_\_\_

**DIETÉTICA**

¿Le preocupa la nutrición de su hijx? \_\_\_\_\_

¿Alguna preocupación sobre el peso? \_\_\_\_\_ ¿Desayuna su hijx? \_\_\_\_\_ ¿almuerzo? \_\_\_\_\_ cena? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijx alguna restricción dietética? \_\_\_\_\_

**OTRAS PREOCUPACIONES**

Comparta otra información o inquietudes sobre el crecimiento emocional, físico o de desarrollo de su hijx.

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

Por favor, comparta cualquier circunstancia familiar o inquietud de comportamiento que tenga sobre su hijx.

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

¿Tiene su hijx en un IEP (Plan de Plan de Educación Individual) o un Plan de Estudios 504?  sí  no

Comuníquese con el sitio web de Beneficios de Ohio @ [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com) o llame al 800-324-8680 para ver si puede ser elegible para el seguro individual, familiar o estudiantil de Medicaid o Medicare.

Marque si desea una conferencia con la enfermera de la escuela.

Nombre impreso de padre / tutorl: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_