



Student Health History Form

Formulario de Historial de Salud del Estudiante

- 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 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: _____