

**Distrito Escolar de Mamaroneck**  
**INFORMACIÓN DE HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

(A ser llenado por el padre o tutor al principio de cada año escolar)

El aprendizaje de su estudiante depende de tener buena salud. Para ayudarnos a proveer servicios de salud en la escuela, por favor llene el siguiente formulario. La información es confidencial y puede ser compartida con los maestros conforme sea necesario. **Regrese este formulario a la enfermera escolar lo más pronto posible.**  
Gracias.

**Nombre del estudiante:** (Por favor use letra de molde) \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Hombre**  **Mujer**

**Grado:** \_\_\_\_\_ **Maestro(a)/Consejero(a):** \_\_\_\_\_

**Escuela:**       Central                       Chatsworth                       Mamaroneck Avenue                       Murray  
                     Hommocks                       High School                       Otra

**Nombre del(de los) Padre(s)/Tutor(es) con quien reside:** \_\_\_\_\_

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) \_\_\_\_\_;  Hombre  Mujer; Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_; relación \_\_\_\_\_

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) \_\_\_\_\_;  Hombre  Mujer; Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_; relación \_\_\_\_\_

Hermano(a)/Otro(a): (Nombre) \_\_\_\_\_;  Hombre  Mujer; Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_; relación \_\_\_\_\_

**Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

**Nombre del dentista:** \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

**¿El estudiante va con un ortodoncista?**  No  Sí      **Nombre del doctor** \_\_\_\_\_

**Nacimiento:** ¿Alguna complicación o problema durante el embarazo y/o parto?  No  Sí

Por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Embarazo llegó a término?  No  Sí      Si no, ¿qué tan prematuro(a) fue el bebé? \_\_\_\_\_ (semanas).

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas

<b>El estudiante ha tenido:</b>	<b>SÍ</b>	<b>Fecha:</b>		<b>SÍ</b>	<b>Fecha:</b>	
Varicela	<input type="checkbox"/>	_____		Meningitis	<input type="checkbox"/>	_____
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	_____		Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Lyme	<input type="checkbox"/>	_____		Prueba positiva de TB	<input type="checkbox"/>	_____
Tendencia a sangrar	<input type="checkbox"/>	_____		Neumonía	<input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	_____		Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	_____

¿Alguna complicación de las enfermedades anteriores? (por favor explique) \_\_\_\_\_

**¿El estudiante tiene o ha tenido alguna de las siguientes?**

- ¿Alergias?                      Sí                       ¿A medicina, comida, insectos, polen?  
Por favor enumere: \_\_\_\_\_  
¿La alergia ha requerido acción de emergencia en el pasado? No  Sí   
¿Qué le pasa al estudiante? \_\_\_\_\_
- ¿Asma?                      Sí                       Provocada por: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_  
¿Diagnosticada por un doctor? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Usa:    inhalador     nebulizador     otra medicina   
Tomada: solo en casa  puede necesitar medicina en la escuela

- Déficit de Atención  Sí  No  ¿El estudiante toma medicina actualmente? No  Sí   
Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_ Dosis (mg): \_\_\_\_\_  
¿Qué tan seguido la toma? \_\_\_\_\_
- Alergia a piquete de abeja  Sí  No  Describe la reacción: \_\_\_\_\_  
Dificultad para respirar No  Sí   
¿Necesita medicina de emergencia? No  Sí
- ¿Problemas de articulaciones,  Sí  No  Describe: \_\_\_\_\_  
huesos, o huesos rotos?  Sí  No  ¿Alguna restricción física? \_\_\_\_\_
- Diabetes  Sí  No  ¿Requiere insulina? No  Sí  Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_
- ¿Mareos, pérdida de conciencia, desmayos o pérdida de memoria?  Sí  No
- Condición del corazón,  Sí  No  Describe: \_\_\_\_\_  
murmuro o latido irregular?  Sí  No  ¿Alguna restricción física? No  Sí   
¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Medicina? No  Sí
- ¿Historia de niveles altos de plomo en la sangre?  Sí  No  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el nivel? \_\_\_\_\_
- ¿Pérdida de un ojo, riñón, testículo u otro órgano?  Sí  No
- ¿Herida previa en la cabeza?  Sí  No  Edad: \_\_\_\_\_ Describe: \_\_\_\_\_
- ¿Convulsiones?  Sí  No  Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_  
Fecha de última convulsión: \_\_\_\_\_ Medicina: \_\_\_\_\_  
¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado de un doctor para convulsiones? No  Sí

¿El estudiante ha tenido alguna otra enfermedad? \_\_\_\_\_

¿El estudiante toma alguna otra medicina diario en casa? No  Sí  ¿En la escuela? No  Sí   
Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_ Razón para tomarla: \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha tenido alguna condición que requirió tratamiento de emergencia u hospitalización? No  Sí   
Si sí, ¿para qué? \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo en el hospital? ¿Cirugías? \_\_\_\_\_

**Marque las siguientes categorías/preocupaciones de salud que conciernen al estudiante:**

<> Ojos:  usa lentes  usa lentes de contacto:  para leer  para distancia  todo el tiempo

<> Oídos:  infecciones frecuentes  tubos de oído presentes Fecha: \_\_\_\_\_  
usa aparato auditivo;  oído derecho  oído izquierdo  dificultad para escuchar-explique: \_\_\_\_\_

<> Otros:  sangrado de nariz  requiere pañal  dificultad para dormir  come muy poco  
 dolores de cabeza/migrañas  requiere cateterización  problemas dentales  come demasiado  
 intestino  vejiga  moja la cama  menstruación  fobias

¿El estudiante tiene algún problema médico, físico, de aprendizaje o emocional acerca del cual la escuela deba saber?  
(discapacidades; padres recién separados; etc.) \_\_\_\_\_

¿Su estudiante ha sido evaluado por alguno de los siguientes expertos? (en los últimos 12 meses):

- audiólogo  terapeuta ocupacional  psicólogo  terapeuta de habla/lenguaje
- neurólogo  terapeuta físico  psiquiatra  otro: \_\_\_\_\_

¿Alguna otra preocupación sobre la salud del estudiante? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha