



Patient label

**Centro de bienestar en la escuela: registro y antecedentes médicos**

Los servicios **no** se proporcionarán si no se completan todas las secciones de este formulario.  
**(ESCRIBIR CON TINTA Y EN LETRA IMPRENTA CLARA)**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del estudiante: (Particular) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  
Origen étnico:  Hispano o latino  No hispano ni latino  
Idioma preferido del estudiante:  Inglés  Español  Otro, indique \_\_\_\_\_

Raza: Marque  todas las opciones que correspondan  
 Indio americano/nativo de Alaska  Nativo de Hawái/isleño del Pacífico  
 Asiático  Blanco/caucásico  
 Negro/afroamericano

Nombre del proveedor de atención médica del estudiante (médico): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**NO CUENTA CON MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

Nombre del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

Teléfono del padre/de la madre/del tutor: (Particular) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

**SE REQUIERE LA INFORMACIÓN DEL SEGURO PARA PROCESAR LAS VISITAS DE LOS ESTUDIANTES Y SE DEBE PROPORCIONAR UNA COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO**

Indique su cobertura médica.  **NO CUENTA CON COBERTURA MÉDICA**

**SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

N.º de póliza del estudiante: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**N.º de Medicaid** \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

N.º de póliza del estudiante: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**N.º de Medicaid** \_\_\_\_\_

Barcode



Centro de bienestar en la escuela: registro y antecedentes médicos

Patient label

SE DEBEN OBTENER ANTECEDENTES MÉDICOS COMPLETOS Y PRECISOS PARA QUE EL PERSONAL PUEDA PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD.

ANTECEDENTES DE ALERGIAS

No tiene alergias
Alergia a medicamentos (enumere):
Alergia a: Látex Maní Huevo Otra (enumere)

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos que el niño tome actualmente: recetados, de venta libre, suplementos a base de hierbas

Table with 3 columns: Nombre del medicamento, Dosis, Motivo de uso

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: Marque y e indique qué familiar consanguíneo (es decir, padre, madre, abuelos, hermanos) tuvo las siguientes afecciones:

Table with 3 columns listing medical conditions like Asma, Diabetes, Enfermedad renal, etc.

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Marque a continuación las afecciones que su hijo/hija tenga ahora o haya tenido anteriormente. Indique si es (P)-del pasado o (A)-actual. Proporcione a continuación una explicación de los problemas ACTUALES que haya marcado.

Table with 4 columns listing student medical conditions like ADD/ADHD, Anemia, Ansiedad, Asma, etc.

Explicación de enfermedades o problemas ACTUALES:

Enumere todas las cirugías anteriores:

Table with 2 columns: Tipo de cirugía, Fecha

¿Tiene alguna preocupación o pregunta con respecto a la salud física o emocional del adolescente que desea que aborde el personal del Centro de bienestar? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuáles son sus inquietudes?

¿El adolescente actualmente recibe orientación o servicios de salud mental? Sí No

Nombre del orientador/centro:

He leído este formulario con atención y reconozco que toda la información que se me solicitó en el Formulario de registro y antecedentes médicos es precisa y está completa.

Firma del padre/de la madre/del tutor: Fecha:

Barcode