



INSPIRE. EMPOWER. NURTURE.

Enter with promise. Leave with purpose **HISTORIAL INICIAL DE SALUD Y DESARROLLO**

Fecha: _____ Escuela: _____

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Teléfono de la Casa: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre de la Madre/Tutora _____ Teléfono Celular: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono Celular: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Relación al Estudiante: _____

Historial Médico Familiar:

Enlista cualquier preocupación médica o emocional de la familia:

Historial de Embarazo y Parto:

Edad de la madre al nacer el hijo/a: _____ ¿Cuándo empezó el cuidado prenatal? _____

Salud física y emocional de la madre durante el embarazo: _____

Número total de embarazos: _____ Este niño/a era el embarazo número: _____

¿Experimentó algún problema con este embarazo?

Tabaco Sí / No Frecuencia/Cantidad: _____

Uso de Drogas Sí / No Frecuencia/Cantidad: _____

Alcohol Sí / No Frecuencia/Cantidad: _____

Vitaminas Sí / No Frecuencia/Cantidad: _____

Medicamentos Sí / No Frecuencia/Cantidad: _____

Duración del Parto: _____ Nacimiento: (Circule todas las que apliquen) Término Completo / Prematuro: Número de semanas antes _____ Vaginal / Cesárea / De Nalgas / Fórceps / Inducción / Programado / Emergencia

Por favor explique con detalles: _____

Puntuación del Apgar si lo sabe: _____ Peso al Nacer: _____ Cuánto Midió al Nacer: _____

¿Condición del bebé al nacer? Ictericia, Cianosis (pobre color), Dificultad para respirar, Dificultad para comer. Por favor explique: _____

En casa del hospital en _____ días.

Atención médica especial necesaria al primer año de vida: _____

Historial del Desarrollo:

¿Hubo algún problema de alimentación? Sí / No _____

¿Hubo alguna preocupación para ir al baño (vejiga o intestinal)? Sí/No _____

¿Hubo alguna preocupación sobre el movimiento o la coordinación motora, fina o gruesa? Sí / No _____

Edad al sentarse: _____ Edad al caminar: _____ Edad al hablar: _____

¿Había historial de problemas del habla, audición o la vista? Sí / No _____

¿Recibió el/la niño/a terapia del habla, de la vista, física, u ocupacional? (Circule)

• Diagnóstico: _____

• Centro de Terapia: _____ Fecha de Inicio: _____

Fecha Final: _____

Resultado: _____

Historial Médico:

Respiratorio (Asma, Bronquitis, etc.): Sí / No Corazón: Sí / No Inmune: Sí / No Alergias Severas: Sí / No Sangre: Sí / No

Audición: Sí / No Diabetes: Sí / No Ortopédico: Sí / No Vista: Sí / No Lesión Craneal: Sí / No Piel: Sí / No

Crecimiento/Nutricional: Sí / No Convulsiones/Neurológico: Sí / No Vejiga/Riñones: Sí / No Desarrollo: Sí / No Dolores de Cabeza / Mareos / Desmayo: Sí / No Estomacal/Intestinal: Sí / No Otra Salud: Sí / No

Emocional/Comportamiento/Social (triste, enojado, preocupado, sobrereacciona, sensorial, comportamientos repetitivos, etc.) Sí / No

Si contestó sí a algunas de las anteriores, por favor explique detalladamente:

Diagnósticos Actuales:

1. Diagnóstico: _____

Doctor/Proveedor de Atención Médica: _____ Especialidad: _____

Frecuencia/Duración de las Citas: _____

Fecha de la Primera Cita: _____ Fecha de Alta: _____ Continúa viendo: _____

2. Diagnóstico: _____

Doctor/Proveedor de Atención Médica: _____ Especialidad: _____

Frecuencia/Duración de la Citas: _____

Fecha de la Primera Cita: _____ Fecha de Alta: _____ Continúa viendo: _____

Medicamentos Actuales:

1. Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Tomado en: Casa / Escuela
Diagnóstico: _____ Fecha de Inicio: _____ Doctor: _____

2. Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Tomado en: Casa / Escuela
Diagnóstico: _____ Fecha de Inicio: _____ Doctor: _____

3. Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Tomado en: Casa / Escuela
Diagnóstico: _____ Fecha de Inicio: _____ Doctor: _____

Historial de Medicamentos:

Por favor enliste cualquier historia de medicamentos previos significativos: _____

Hospitalizaciones:

1. Hospital: _____ Fecha de Admisión y de Alta: _____

Diagnóstico: _____ Doctor: _____

Información Adicional:

2. Hospital: _____ Fecha de Admisión y de Alta: _____
Diagnóstico: _____ Doctor: _____

Información Adicional:

Enfermedades, Accidentes, y/o Lesiones: _____

Bienestar General:

Actividades Extracurriculares: (amigos, deportes, leer, TV, videojuegos, senderismo, cocinar, música, etc...)

Ejercicio:

Hábitos de Sueño:

Hábitos Alimenticios:

Salud Dental: _____

Otro: _____

¿Cree que el historial médico tiene algún impacto en el desempeño educativo de su hijo/a? Sí / No

Por favor devuelva este documento completado a la Enfermera de la Escuela.