



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, CódigoPostal: \_\_\_\_\_

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, sobre-reacciona, 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.