



INSPIRE. EMPOWER. NURTURE.
Enter with promise. Leave with purpose

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL DE LA SALUD

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: _____

En los últimos 3 años, ¿ha estado su estudiante preocupado por alguna de las siguientes?

Respiratorio (Asma, Bronquitis, etc.): Sí / No	Corazón: Sí / No	Inmuno: 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/Desmayos: Sí / No	Estomacal/Intestinal Sí / No	Otra Salud: Sí / No

Emocional/Comportamiento/Social (triste, enojado, preocupado, hiperactividad, 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 las 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: _____

Hospitalizaciones en los Últimos 3 Años:

Hospital: _____ Fecha de Admisión y de Alta: _____

Diagnóstico: _____ Doctor: _____

Información Adicional:

Enfermedades, Accidentes, y/o Lesiones en los Últimos 3 Años:

Bienestar General:

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

