

Oakdale Joint Unified School District
Oakdale, CA 95361
HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre _____ Escuela: _____ Fecha: _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Ciudad de Nacimiento: _____ Estado: _____ Condado: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Teléfono de Casa: _____

HISTORIA MÉDICA (Información necesaria para asegurar la salud y seguridad de su niño será compartida con el personal apropiado)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se cansa fácilmente | <input type="checkbox"/> Tiene una condición de la piel | <input type="checkbox"/> Infección estafilococos/MRSA | <input type="checkbox"/> Limitación física |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vejiga/riñones | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas del Oído | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza/concusión | <input type="checkbox"/> Preocupaciones / problemas con los intestinos | |
| <input type="checkbox"/> Desorden genético | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Diabetes 1 o 2 | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones por el peso | <input type="checkbox"/> Alergia a las Abejas | <input type="checkbox"/> Preocupación sobre el habla | <input type="checkbox"/> Se Desmaya |
| <input type="checkbox"/> Alergias a las comidas | <input type="checkbox"/> Alergias al Látex | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Otras operaciones, heridas, o alergias y la edad en la que ocurrió: _____

Recomendaciones del Doctor por cualquiera de estas: _____

Nombre del Doctor de su Niño: _____ Teléfono: _____

¿Esta su niño bajo cuidado de un doctor en estos momentos? Sí No Si la respuesta es sí - ¿Porque? _____

¿Esta su niño tomando medicamentos con frecuencia? Sí No Si la respuesta es sí, ¿que medicamento esta tomando? _____

¿Ha estado su niño expuesto a la tuberculosis? Sí No ¿Ha recibido la prueba de tuberculina en la piel? Sí No

¿Le han tomado a su niño radiografías del pecho? Sí No

¿Cuál de estas cosas ha observado usted en su niño? Por favor marque todo lo que aplica.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Juega bien con otros | <input type="checkbox"/> Se enoja fácilmente | <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo | <input type="checkbox"/> Lloro fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Comparte con otros | <input type="checkbox"/> Se desanima fácilmente | <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas | <input type="checkbox"/> Demasiado activo |
| <input type="checkbox"/> No se junta con los demás | <input type="checkbox"/> Es desconfiado | <input type="checkbox"/> Moja la cama | <input type="checkbox"/> Es temeroso o preocupado |
| <input type="checkbox"/> Tropezía o se le caen las cosas frecuentemente | <input type="checkbox"/> Busca amistades | <input type="checkbox"/> Sigue instrucciones | <input type="checkbox"/> Ansioso |

¿Qué clase de disciplina es más efectiva para controlar el comportamiento de su niño? _____

¿Qué actividad (o actividades) le gustan más a su niño? _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

Peso al nacer _____ Medida al nacer _____ Problemas/complicaciones _____

¿Recibió la mama cuidados médicos prenatales durante su embarazo? Sí No

¿Nació el niño a término completo? Sí No Si la respuesta es "No" por favor explique _____

¿Fue un parto normal? Sí No Si la respuesta es "No" por favor explique _____

¿Se utilizaron pinzas? Sí No

¿Tuvo el bebe problemas para respirar al nacer? Sí No ¿Se le dio oxígeno? Sí No

¿Fue el bebe a casa con su mama? Sí No Si no por favor explique _____

¿Qué edad tuvo el niño/niña cuando empezó a caminar? _____ (Meses) ¿Hablar? _____ (Meses)

EXAMINACIONES

Fecha del último examen físico: _____

¿Ha sido su niño examinado por un optometrista? Sí No Si marco "Sí", indique la fecha del ultimo examen _____

¿Ha sido su niño examinado alguna vez por un dentista? Sí No Si marco "Sí", indique la fecha el ultimo examen _____

SI ALGUNA VEZ HAY UN CAMBIO EN LA SALUD DE SU NIÑO, QUE AFECTA LA HABILIDAD DE SU NIÑO DE PARTICIPAR EN EDUCACIÓN FÍSICA, O SI ÉL/ELLA NECESITA TOMAR MEDICAMENTOS REGULARMENTE, (Código Educacional No. 102020) ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES DE NOTIFICAR A LA ESCUELA. POR FAVOR PIDA LOS FORMULARIOS QUE SE REQUIEREN CUANDO LOS NECESITE, SI ESTAS SITUACIONES EXISTEN O SE MANIFIESTAN

Si usted quiere tener una conferencia con cualquiera de los siguientes empleados de escuela por favor marque aquí:

Enfermera Psicólogo de la Escuela Técnico del Habla Consejero

MIEMBROS DE FAMILIA (Cercanos – Incluyendo los Padres):

Nombre	Género	Fecha de Nacimiento y Lugar	Relación al Niño	Ocupación o Grado

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____