

HISTORIAL DE SALUD DE  
LOS ESTUDIANTES`

Nombre del o la estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Nombre del primer progenitor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del segundo progenitor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Antecedentes:**

¿Hubo algún problema durante el embarazo, el parto y/o el nacimiento?  Sí  No

En caso afirmativo, favor de describir \_\_\_\_\_

¿El bebé nació a tiempo, temprano, tarde? \_\_\_\_\_ ¿Peso al nacer? \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes de hospitalizaciones, lesiones importantes/cirugía?  Sí  No

En caso afirmativo, favor de describir: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) alguna vez tuvo una convulsión?

Sí  No

¿Alguna vez tuvo una lesión en la cabeza?

Sí  No

Haga una lista de cualquier problema médico importante en la familia:

Madre \_\_\_\_\_  Padre \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_  Abuelos \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

**Salud actual:**

¿Este niño o niña tiene algún problema de salud continuo?  
(asma, diabetes, etc.)

Yes  No

En caso afirmativo, favor de describir: \_\_\_\_\_

¿Hay algún problema o lesión médica actual?  Yes  No

Cabeza \_\_\_\_\_  Ojos \_\_\_\_\_  Nariz \_\_\_\_\_

Oídos \_\_\_\_\_  Garganta \_\_\_\_\_  Cuello \_\_\_\_\_

Pecho \_\_\_\_\_  Respiratorio \_\_\_\_\_  
 Cardiovascular \_\_\_\_\_  Gastrointestinal \_\_\_\_\_  
 Genitourinario \_\_\_\_\_  Neurológico \_\_\_\_\_  
 Musculoesquelético (incluir cualquier fractura anterior, etc.) \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna razón para creer que su hijo(a) tiene un problema de visión o audición?  Sí  No

En caso afirmativo, favor de describir: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) usa anteojos?  Sí  No

Si la respuesta es «sí», los anteojos ayudan con:

visión cercana  a distancia , otra

¿Tiene alguna alergia?  Sí  No

En caso afirmativo, favor de describir: \_\_\_\_\_

¿La alergia requirió tratamiento de emergencia?  Sí  No

¿Su hijo(a) tiene una Epi-pen?  Sí  No

En caso afirmativo, favor de describir: \_\_\_\_\_

¿Las vacunas están al día?  Sí  No

Se requieren vacunas adicionales: \_\_\_\_\_ ¿Tiene fecha de cita? \_\_\_\_\_

¿Toma regularmente algún medicamento en el hogar?  Sí  No

¿Necesita medicamentos en la escuela?  
 Sí  No

En caso afirmativo, favor de describir: \_\_\_\_\_

Describa el patrón nutricional y la ingesta dietética: \_\_\_\_\_

¿Sigue una dieta especial?  Sí  No

En caso afirmativo, favor de describir: \_\_\_\_\_

¿Quién vive con el(la) niño(a) en su hogar principal? \_\_\_\_\_

¿Pasa el(la) niño(a) una cantidad significativa de tiempo en otro hogar?  Sí  No

En caso afirmativo, favor de describir: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal de este(a) niño(a)? \_\_\_\_\_

Describe cualquier acuerdo de custodia: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra preocupación o información pertinente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dos vecinos o familiares locales (a una distancia de 15 a 20 minutos) que puedan recoger y cuidar al niño o niña en caso de enfermedad o lesión cuando los padres no estén en el hogar o no se los pueda localizar: Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Médico al que se debe llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Hospital preferido? \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_ en imprenta: \_\_\_\_\_