

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE LONGWOOD

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Fecha: _____ Historial médico proporcionado por la persona: _____

Historia:

¿Este niño tiene un problema de salud continuo? (asma, diabetes, soplo cardíaco, convulsiones, etc.) ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, describa: _____

¿Este niño tiene alguna alergia? ☐ Si ☐ No
Si la respuesta es "sí", enumere: _____

¿La alergia ha requerido tratamiento de emergencia? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Hay antecedentes de hospitalizaciones, lesiones importantes o cirugía en el último año? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, describa: _____

En el último año, ¿ha experimentado su hijo alguna preocupación o lesión médica? ☐ Si ☐ No

- | | |
|---|--|
| ☐ Lesión en la cabeza _____ | ☐ Lesión en el ojo _____ |
| ☐ Desmayos/mareos _____ | ☐ Dolor de cabeza _____ |
| ☐ Dolor en el pecho _____ | ☐ Ausencia de testículo _____ |
| ☐ Problemas respiratorios _____ | ☐ Gastrointestinales _____ |
| ☐ Convulsión _____ | ☐ Genitourinario _____ |
| ☐ Hernia _____ | ☐ Lesión en el cuello _____ |
| ☐ Musculoesquelético (incluya cualquier fractura anterior, etc.) _____ | |

¿Este niño toma algún medicamento regularmente en casa? ☐ Si ☐ No

¿Requiere medicación en la escuela? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, describa: _____

Indique cualquier inquietud o información adicional: _____

Enumere cualquier preocupación médica importante en la familia:

- | | |
|---|--|
| ☐ Madre _____ | ☐ Padre _____ |
| ☐ Hermanos _____ | ☐ Abuelos _____ |
| ☐ Otro _____ | |

Ambiente en el hogar

¿Algún miembro de la familia fuma en el hogar? ☐ Si ☐ No

¿Tienes mascotas? ☐ Sí ☐ No: Específicamente (pájaros, perros, gatos) _____

¿Alguna inquietud adicional o información pertinente?

Nombre de los padres: _____ Fecha: _____

Escuela: ☐ Longwood Middle School ☐ CEW ☐ Coram ☐ Ridge ☐ WMI