

Historial médico inicial

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

INFORMACIÓN PERSONAL			
Edad:	Sexo:	Grado:	Escuela:
DIRECCIÓN:			
Este formulario fue llenado por:		Relación al estudiante:	
Motivo de la evaluación:			
Contacto madre - Hogar:	Trabajo:	Cel.:	correo electrónico:
Contacto padre - Hogar:	Trabajo:	Cel.:	correo electrónico:
El estudiante vive con: Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro (explique):			
El estudiante tiene el siguiente plan médico: Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>			
Principal proveedor médico del estudiante:			Teléfono:
Fecha del último examen físico:	Fecha de la última visita:	Motivo de la visita:	
Dentista del estudiante:		Fecha del último examen dental:	

EMBARAZO Y PARTO	
Mes del embarazo cuando empezó el cuidado médico:	Duración del embarazo:
¿Tomó algún medicamento durante el embarazo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Por favor, explique:	
¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Por favor, explique:	
¿Hubo alguna complicación durante el parto? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Por favor, explique:	
Duración del parto:	Peso al nacer:
Puntaje APGAR:	
Explique cualquier problema de salud al nacer:	
¿El bebé necesitó quedarse más tiempo en el hospital? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Por favor, explique:	

HISTORIAL DE DESARROLLO	Sí	No	Comentarios
¿Gateó antes de los 9 meses?			
¿Caminó antes de los 18 meses?			
¿Habló antes de los 15 meses?			
¿Aprendió a ir al baño antes de cumplir 3 años y medio?			
¿Tuvo problemas con el equilibrio?			
¿Tuvo problemas con la motricidad fina? (botones, escribir, recoger objetos)			
¿Tiene usted alguna otra inquietud acerca del desarrollo del niño/a? (Si contesto Sí, explique, por favor)			

ENFERMEDADES, HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS O ACCIDENTES
Enfermedades o diagnósticos graves:
Hospitalizaciones/Cirugías:
Accidentes/Lesiones:

Historial - partes del cuerpo (Si contesta Sí, explique, por favor)	Sí	No	Comentarios
Dientes: ¿Algún problema dental?			
Oídos: ¿Algún problema auditivo?			
¿Tiene alguna inquietud acerca del oído de su niño/a?			
¿Tiene infecciones crónicas del oído? (¿usa tubos PE para reducir las infecciones? ¿Cuándo fue la última infección?)			
Ojos: ¿Tiene problemas de la vista?			
¿Usa lentes? ¿Lentes de contacto? ¿Fecha del último examen de la vista?			
Nombre del oculista, si tiene uno:			
Cardíaco: ¿Tiene problemas del corazón?			
¿Se cansa fácilmente o tiene poca resistencia?			

Historial médico inicial

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

Respiratorio: ¿Tiene algún problema respiratorio?			
¿Es propenso a las infecciones respiratorias?			
¿Tiene asma?			
Gastrointestinal y urinario: ¿Tiene problemas para ir al baño?			
¿Moja la cama?			
¿Problemas de estreñimiento?			
¿Difícil de entrenar?			
¿Tiene restricciones de comida o una dieta especial?			
¿Está preocupado por el peso de su niño/a?			
¿Tiene dolores de estómago frecuentes?			
Músculos y esqueleto: ¿Se ha fracturado un hueso? ¿Cuándo y cuál hueso?			
¿Tiene alguna discapacidad física?			
¿Tiene alguna actividad restringida?			
Neurológico: ¿Ha sufrido convulsiones?			
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?			
¿Alguna vez se ha lesionado la cabeza?			
Después de la lesión: ¿Mareos? <input type="checkbox"/> ¿Problemas de la memoria? <input type="checkbox"/>			
¿Dolores de cabeza? <input type="checkbox"/> ¿Fatiga? <input type="checkbox"/>			
¿Su niño/a vio un médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Fue hospitalizado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Tiene dificultades para dormir?			
Durante la semana se acuesta a las _____ se levanta a las _____			
¿Tiene TV en su cuarto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Computadora en su cuarto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Su niño/a ronca? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Tiene problemas de atención?			
¿Se distrae fácilmente?			
¿Es impulsivo?			
¿Tiene inquietudes acerca del estado emocional o comportamiento del niño/a?			
Alergias: ¿Es alérgico a algún medicamento?			
¿Es alérgico a algún alimento?			
¿Es alérgico a la picadura de insectos? (abejas, avispas)			
¿Tiene alergias ambientales?			
¿Está consultando un alergista? (¿quién/cuándo?)			
Medicamentos: ¿Está tomando medicamentos? (con receta o sin receta)			
Si contesta Sí, liste los medicamentos, la dosis y cuándo los toma. ¿Porque se toma?			

ESTILO DE VIDA SANO			
¿Come 5 frutas o vegetales por día?			
¿Se limita a 2 horas de televisión o computadora por día fuera de la escuela?			
¿Practica al menos 1 hora de actividad física todos los días?			
¿Limita la cantidad de bebidas dulces? (gaseosa, jugo, etc.)			

Firma de la persona que llenó este formulario _____ Fecha: _____

Intérprete (si corresponde): _____ Fecha: _____

Revisado por la enfermera: _____ Fecha: _____