



FORMA DE HISTORIA DE SALUD (para que la completen los padres)

SECCIÓN 1: INFORMACION DE ALUMNO/A

Nombre del alumno/a: _____ Grado: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Teléfono _____ Teléfono alternativo: _____
 Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____
 Domicilio: _____
 Nombre del contacto de emergencia: _____
 Relación: _____ Teléfono: _____

Género:
 femenino
 masculino
 no binario

SECCIÓN 2: ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES Y ENFERMEDADES

Si su alumno/a regresa a PUSD y no tiene cambios en su salud, proceda a la SECCIÓN 3. Marque con una X cualquier condición de salud que haya tenido el estudiante.

Sin problemas de salud	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta frecuente	<input type="checkbox"/>	Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	Otro/a:	<input type="checkbox"/>
Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de salud mental	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Problema audiencias	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/>	Problemas de vejiga/riñón	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	Encefalitis	<input type="checkbox"/>	Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/>	Celúla falciforme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes/migraña	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ADHD	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	Infección de oído frecuente	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Si marcó otro, explique: _____

¿Tiene su estudiante alergias estacionales y/o alergias a medicamentos, abejas y/o alimentos? _____

En caso afirmativo, explíquelo: _____

Si su estudiante tuvo una reacción, describa la reacción a la sustancia: _____

¿Su estudiante toma medicamento diario? En caso afirmativo, indique la ruta, la dosis y la frecuencia. _____

¿Su estudiante requiere algún procedimiento especializado relacionado con la salud? En caso afirmativo, explíquelo. _____

SECCIÓN 3: HISTORIA FAMILIAR

Si su estudiante regresa a PUSD y no hay cambios en el historial familiar de condiciones de salud, proceda a la SECCIÓN 4.

Marque con una X las condiciones que cualquier miembro de la familia haya tenido.

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Sífilis	<input type="checkbox"/>	Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	De fumar	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	Defectos congénitos	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	Otra:	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>						

Si marcó otro, explique: _____

SECCIÓN 4: SALUD VISIONAL Por favor marque una de las siguientes:

El estudiante usa anteojos para distancias. El estudiante usa anteojos para ver de cerca y de lejos.

El estudiante usa anteojos para ver de cerca. No estoy seguro si el estudiante necesita anteojos. Otra:

El estudiante no necesita anteojos. Fecha del último examen formal de la vista: _____

SECCIÓN 5: SEGURO

¿Su estudiante tiene seguro médico? Por favor marque uno de los siguientes:

Seguro privado Medi-Cal Sin seguro

Indique el nombre y número de teléfono del proveedor de atención médica actual (médico primario) de su estudiante:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ Fecha del último examen físico: _____

¿Algo más que le gustaría que supiera la enfermera de la escuela? _____