



Patient label

Centro de bienestar en la escuela: registro y antecedentes médicos

Los servicios **no** se proporcionarán si no se completan todas las secciones de este formulario.
(ESCRIBIR CON TINTA Y EN LETRA IMPRENTA CLARA)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del estudiante: (Particular) _____ (Celular) _____ Grado: _____

Sexo: ☐ Masculino
☐ Femenino

Origen étnico: ☐ Hispano o latino
☐ No hispano ni latino

Idioma preferido del estudiante: ☐ Inglés ☐ Español
☐ Otro, indique _____

Raza: Marque ☒ todas las opciones que correspondan

- ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/isleño del Pacífico
☐ Asiático ☐ Blanco/caucásico
☐ Negro/afroamericano

Nombre del proveedor de atención médica del estudiante (médico): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

☐ NO CUENTA CON MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del padre/de la madre/del tutor: _____ Relación con el niño _____

Teléfono del padre/de la madre/del tutor: (Particular) _____ (Celular) _____

SE REQUIERE LA INFORMACIÓN DEL SEGURO PARA PROCESAR LAS VISITAS DE LOS ESTUDIANTES Y SE DEBE PROPORCIONAR UNA COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO

Indique su cobertura médica. ☐ NO CUENTA CON COBERTURA MÉDICA

☐ SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección del seguro: _____

N.º de póliza del estudiante: _____ Número de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____ Relación con el niño: _____

☐ N.º de Medicaid _____

☐ SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección del seguro: _____

N.º de póliza del estudiante: _____ Número de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____ Relación con el niño: _____

☐ N.º de Medicaid _____

Barcode

Form No. P9909S (2/19)

Wellness Center

Page 1 of 2



Centro de bienestar en la escuela: registro y antecedentes médicos

Patient label

SE DEBEN OBTENER ANTECEDENTES MÉDICOS COMPLETOS Y PRECISOS PARA QUE EL PERSONAL PUEDA PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD.

ANTECEDENTES DE ALERGIAS

☐ No tiene alergias
☐ Alergia a medicamentos (enumere): _____
Alergia a: ☐ Látex ☐ Maní ☐ Huevo ☐ Otra (enumere) _____

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos que el niño tome actualmente: recetados, de venta libre, suplementos a base de hierbas

Nombre del medicamento	Dosis	Motivo de uso

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: Marque ☒ e indique qué familiar consanguíneo (es decir, padre, madre, abuelos, hermanos) tuvo las siguientes afecciones:

☐ Asma	☐ Ansiedad	☐ Depresión
☐ Diabetes	☐ Enfermedad cardíaca/infarto	☐ Presión arterial alta
☐ Enfermedad renal	☐ Anemia falciforme	☐ Accidente cerebrovascular
☐ Nivel alto de colesterol	☐ Coágulos sanguíneos en las piernas/los pulmones	☐ Cáncer
☐ Obesidad	☐ Otra:	

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Marque ☒ a continuación las afecciones que su hijo/hija tenga ahora o haya tenido anteriormente.
Indique si es (P)-del pasado o (A)-actual. Proporcione a continuación una explicación de los problemas **ACTUALES** que haya marcado.

☐ ADD/ADHD	☐ Anemia	☐ Ansiedad	☐ Asma
☐ Cáncer (tipo):	☐ Varicela, año:	☐ Colesterol (nivel alto)	☐ Trastorno de la coagulación
☐ Conmoción cerebral	☐ Depresión	☐ Diabetes	☐ Trastorno de la alimentación
☐ Dolor de cabeza, migraña	☐ Pérdida de la audición	☐ Soplo cardíaco	☐ Presión arterial alta
☐ Sobrepeso/obesidad	☐ Discapacidad del aprendizaje	☐ Sarpullidos/problema cutáneo	☐ Convulsiones
☐ Conducta autolesiva	☐ Limitaciones físicas	☐ Intentos de suicidio	☐ Fumar/mascar tabaco
☐ Trauma/violencia	☐ Úlcera/reflujo	☐ Problemas de la vista	☐ Otra:

Explicación de enfermedades o problemas ACTUALES: _____

Enumere todas las cirugías anteriores:

Tipo de cirugía	Fecha

¿Tiene alguna preocupación o pregunta con respecto a la salud física o emocional del adolescente que desea que aborde el personal del Centro de bienestar? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuáles son sus inquietudes? _____

¿El adolescente actualmente recibe orientación o servicios de salud mental? ☐ Sí ☐ No

Nombre del orientador/centro: _____

He leído este formulario con atención y **reconozco** que toda la información que se me solicitó en el Formulario de registro y antecedentes médicos es precisa y está completa.

Firma del padre/de la madre/del tutor: _____ Fecha: _____

Barcode

Form No. P9909S (2/19)

Wellness Center

Page 2 of 2