

**ESCUELAS PÚBLICAS DE PENNSAUKEN
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESPECIALES**

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: varón
hembra
Nombre de Padre/Tutor _____

PERINATAL / HISTORIAL DE NACIMIENTO (PreK-6)

¿Tuvo la madre algún problema / enfermedad durante el embarazo o el parto? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, explique brevemente _____

Fue el niño nacido a término _____ temprano _____ tarde _____?

¿Cuál era el peso del niño al nacer? _____

¿Tuvo su niño alguna enfermedad o problema como un recién nacido? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, explique brevemente _____

HISTORIA DE CONDICIONES DE SALUD

	Sí	NO	Año
Alergias			
Asma			
Condición / problema Cardíaco (corazón)			
Varicela			
Diabetes			
Resfriados frecuentes			
Infecciones frecuentes del oído			
Dolores de cabeza frecuentes			
Hemorragias nasales frecuentes			
Dolores de estómago frecuentes			
Infecciones de garganta frecuentes			
Problemas auditivos			
Hemofilia			
Fiebre alta (> 104 grados durante 2 días o más)			
Meningitis			
Convulsiones			
Enfermedad de células falciformes			
Dolor de muelas / problemas dentales			
Tubos colocados en los oídos			
Problemas de la visión			

En caso afirmativo, explique brevemente _____

¿Con qué frecuencia es enfermo su niño? a menudo ___ de vez en cuando ___ rara vez _____

¿Está su niño tomando algún medicamento? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, indique el nombre de los medicamentos y con qué frecuencia se toma la medicación:

Nombre del Medicamento	¿Con qué frecuencia se toma la medicación?

¿Su niño necesita tomar este medicamento (s) en la escuela? Sí _____ No _____

¿Ha estado hospitalizado su niño? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explique

¿Hay algún problema de salud adicional que le gustaría que la enfermera y / o personal de la escuela tenga en cuenta?

Médico Primario:

Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Tiene seguro médico para su niño? Sí _____ No _____

Si es así, cual es el plan de seguro del niño: _____

Si no, usted puede darle mi nombre y direccion al programa de NJ Family Care para que me contacten sobre seguro medico. Si ___ No _____. Applique en la computadora en www.njfamilycare.org or llame a 800-701-0710

Yo doy permiso a la enfermera escolar para compartir cualquiera de la información anterior con el personal escolar apropiado:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____