

**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](http://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: \_\_\_\_\_