



WORTHINGTON SCHOOLS

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

INFORMACIÓN DEMOGRAFICA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de hoy: _____

Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino

Dirección del estudiante:

Calle _____ Ciudad _____ Código postal _____

Padre/madre/responsable: _____

Teléfono: _____ Hermanos _____

MEDICAMENTOS

Lista de medicamentos suministrados a diario/motivo:

1. _____ / _____ 2. _____ / _____

3. _____ / _____ 4. _____ / _____

ALERGIAS Si (indique el tipo de alergia abajo) Ninguna a saber

Nombre/Tipo	Reacción	Tratamiento
Comida _____	_____	_____
Abejas/Avispas _____	_____	_____
Medicamentos _____	_____	_____
Ambientales _____	_____	_____
Animales _____	_____	_____

¿El médico le ha recetado una inyección de epinefrina EPIPEN para alguna de las alergias mencionadas anteriormente? SI NO

HISTORIAL DE SALUD

<input type="checkbox"/> TDA/TDAH D	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Problemas menstruales	<input type="checkbox"/> Problemas de piel
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Atrasos en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Cirugías
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios
<input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/> Epilepsia, tics o temblores	<input type="checkbox"/> Problemas visuales
<input type="checkbox"/> Problemas intestinales crónicos	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Enfermedades graves	<input type="checkbox"/> Otros problemas de salud (Por favor indique abajo).
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes	

Problema de salud indicado arriba	Edad del niño al ser diagnosticado	Fecha(s) de hospitalización	Cualquier otro problema a largo plazo

EMBARAZO E HISTORIAL DE NACIMIENTO

Edad de la madre durante el embarazo: _____

¿Hubo algún problema con la madre o el bebé durante la gestación?

Duración del embarazo: _____ Semanas. Duración del parto: _____ horas. Peso del bebé al nacer: _____ lbs. _____ oz.

¿Hubo alguna complicación durante el parto o con el bebé después de nacer?
