



CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE
HEALTH SERVICES DEPARTMENT

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Nombre del Padre/Tutor legal:	Grado:	Tel. de casa:	Celular:
	Correo electrónico:		Fecha:

Historia clínica de su hijo/a	SI	NO	Si la respuesta es SÍ, explique e incluya la fecha
Nació prematuro o tuvo complicaciones después del nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene una enfermedad médica o de desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ve a algún especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene alergias severas o anafilaxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Otra Especifique:
Ha sido hospitalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una operación/cirugía requerida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una lesión que requirió visitar la sala de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faltó a la escuela por 5 días consecutivos debido a una enfermedad o lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una lesión muscular u ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se desmayó, tuvo una conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una convulsión, tiene un trastorno convulsivo o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene un problema o condición de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lentes o gafas <input type="checkbox"/> lentes de contacto
Tiene un problema o condición auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dispositivo auditivo <input type="checkbox"/> implante coclear
Usa un puente, frenos, boquilla (protector), dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algún miembro de la familia menor de 50 años:	SI	NO	Si la respuesta es SÍ, especifique:
Tuvo un ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Han tenido otros problemas de salud serios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MARQUE TODO LO QUE LE APLIQUE A SU HIJO/A

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Intervención Temprana/Comité |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (Depresión, Desorden Alimenticio, Ansiedad, Desorden Obsesivo Compulsivo, | Preescolar de Educación Especial/Comité de Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | servicios _____ |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído | | |
| <input type="checkbox"/> Condiciones Gastrointestinales (úlceras, reflujo, síndrome del intestino irritable) | Trastorno de Oposición Desafiante, etc.), | |
| | <input type="checkbox"/> Escoliosis/Discapacidad Ortopédica | |
| | <input type="checkbox"/> Único Órgano (<input type="checkbox"/> riñón, <input type="checkbox"/> testículo) | |
| | <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel | |

MEDICAMENTOS ACTUALES	SI	NO	Indique el nombre, la dosis y el horario
Administrados en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Administrados en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EQUIPO DE ASISTENCIA	SI	NO	Por favor marque todos los que apliquen
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andadera <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otro:
TRATAMIENTOS	SI	NO	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insulina/supervisión de la glucosa sanguínea <input type="checkbox"/> inhalador/nebulizador/Supervisión del flujo espiratorio máximo <input type="checkbox"/> dieta especial

¿Hay alguna condición que impida que su hijo/a participe en educación física o deportes?

No Si: _____

Por favor enumere cualquier preocupación adicional:

Firma del Padre/Tutor legal: _____ **Fecha:** _____