



**CCSD93**

Working together, nurturing the potential

A: Padre/Encargado

De: Enfermeras del Distrito 93

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_

Por favor llene el formulario de historial de salud que se provee en la parte de abajo. Esta información le dará a la oficina de salud el historial de la salud de su niño(a) el cual es necesario para poder evaluar apropiadamente las necesidades de salud de su niño(a). También pondrá al día su récords de salud. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a la oficina de salud de la escuela de su niño(a).

**Historial de Salud**

ALERGIAS (comida, medicinas, insectos, otro): \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS (liste todos los recetados que se toman regularmente): \_\_\_\_\_

			Indique Severidad
¿Diagnóstico de Asma?	Sí	No	
¿Se despierta el niño tosiendo durante la noche?	Sí	No	
¿Defectos al nacer?	Sí	No	
Atrasos en el Desarrollo	Sí	No	
¿Dolencias de la sangre (hemofilia, "sickle cell", otro)? Explique.	Sí	No	
¿Diabetes?	Sí	No	
¿Golpes a la cabeza/conmoción/desmayo?	Sí	No	
¿Ataques?	Sí	No	
¿Cómo son?			
¿Problemas del corazón/dificultad respirando?	Sí	No	
¿Soplo del corazón/alta presión?	Sí	No	
¿Mareos o dolores de pecho al hacer ejercicio?	Sí	No	
¿Problemas con los ojos/la visión? _ Lentes <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Ultimo exámen de la vista _____			
¿Otras preocupaciones? (vizco, párpados caídos, estrabismo, dificultad leyendo) _____			
¿Problemas del oído/escuchando?	Sí	No	
¿Problemas/heridas en los huesos/escoliosis?	Sí	No	
¿Pérdida de la función de uno de los organos apareados? (ojo/oreja/rifon/testículo)	Sí	No	
¿Hospitalizaciones?			
¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí	No	
¿Operaciones? (Liste todas)			
¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí	No	
¿Golpes o enfermedades serias?	Sí	No	
¿Prueba de Tuberculina positiva (pasada/presente)?	Sí*	No	*Si contesta sí , refiera al departament de salud local.
¿Enfermo de Tuberculosis (pasado o presente)?	Sí*	No	
¿Uso de tabaco (clase, frecuencia)?	Sí	No	
¿Uso de alcohol o drogas?	Sí	No	
¿Historial familiar de muerte repentina antes de los 50 años? (Causa)	Sí	No	
Dental: Aparatos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Plancha <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	¿Otras preocupaciones?		

*Esta información puede ser compartida con el personal apropiado para própsitos de salud o educativos.*

Firma del Padre/Encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_