

EL DISTRITO ESCOLAR DE FILDELFA
SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD
HISTORIAL MÉDICO CONFIDENCIAL

FECHA
ESCUELA

Estimado padre, madre o encargado:

Será útil tener la siguiente información para que la escuela pueda satisfacer algunas necesidades médicas que tenga su hijo.

APELLIDO (DEL ESTUDIANTE)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
---------------------------	--------	----------------	---------------------

PADRES O ENCARGADOS

NOMBRE DE LA MADRE		NOMBRE DEL PADRE	
DOMICILIO		DOMICILIO	
TELÉFONO DE LA CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO DE LA CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO
LUGAR DEL TRABAJO		LUGAR DEL TRABAJO	

La persona que cuida del niño durante el día/ después de la escuela

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
--------	-----------	----------

Un pariente o amigo para contactar en caso de emergencia y no se puede comunicarse con las personas ya mencionadas arriba:

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
--------	-----------	----------

El médico para notificar:

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
--------	-----------	----------

¿En una emergencia, y si es posible elegir, cuál hospital prefiere para su hijo?

Autorizo al personal del Distrito Escolar de Filadelfia a llevar o hacer los arreglos de transporte para mi hijo a la sala de emergencia médica en caso de que no se pueda ponerse en contacto con las personas ya mencionadas arriba. Entiendo que si es necesario, mi hijo recibirá atención médica.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO (En letra de molde)	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO X
---	-------------------	---

1. ¿El niño está atendido ahora por un médico, hospital, o clínica? NO SÍ
 ¿Dónde? _____ ¿Para qué? _____
 a. _____
 b. _____
2. ¿Su hijo está tomando alguna medicina, tabletas o vitaminas? NO SÍ
 ¿Qué? _____ ¿Para qué? _____
3. ¿Su hijo necesita tomar alguna medicina, tabletas, o vitaminas en la escuela? NO SÍ
 ¿Qué? _____ ¿Para qué? _____
4. ¿Su hijo tiene alguna alergia a cosas tales como alimentos, plantas, insectos, medicinas u otra cosa? NO SÍ
 ¿Qué? _____ ¿Para qué? _____
5. ¿Su hijo ha tenido algunas convulsiones o ataques durante el año pasado? NO SÍ
 ¿Cuántas? _____ Tratamiento _____
6. ¿Su hijo necesita una dieta especial o tiene algún problema con los alimentos? NO SÍ
 Por favor, explique _____
7. ¿En cuanto a su salud, su hijo tiene algunas necesidades *especiales* o problemas que la escuela debe saber? NO SÍ
 ¿Qué? _____
8. ¿Normalmente adónde lleva a su hijo cuando está enfermo? Proporcione los nombres de los médicos o hospitales NO SÍ

9. ¿Su hijo ha sido atendido por un dentista? NO SÍ
 Nombre del dentista _____
10. ¿La familia tiene alguna manera de pagar los gastos médicos? NO SÍ
 ¿Cómo?: Blue Cross, Sindicato, D.P.A. (tarjeta blanca), Asistencia Médica (tarjeta azul), Medicare, otro _____

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

1. HISTORIA DE SALUD DE LA FAMILIA

a. Circule todas las enfermedades que los parientes biológicos (vivos o fallecidos) de este niño, (por ejemplo: los padres, abuelos, tías, tíos, hermanos, hermanas) han tenido:

- | | | | | |
|---------|-----------------|------------------------|--------------------------|---|
| alergia | adicción a la | enfermedad cardíaca | convulsiones | retraso mental |
| asma | droga o alcohol | presión sanguínea alta | tuberculosis (TB) | enfermedad de anemia de células falciformes |
| cáncer | diabetes | ataque de nervios | envenenamiento por plomo | rasgo de células falciformes |
| | | | | otras enfermedades hereditarias o de la familia |

b. Miembros de la familia o del hogar

(Apunte alguna relación especial tal como padrastro, madrastra, niño adoptado, niño de crianza, abuelos, etc.)

PARENTESCO	EDAD	NOMBRE	ESTADO DE SALUD	OCUPACIÓN O ESCUELA	NIVEL MÁS ALTO EN LA ESCUELA
Madre					
Padre					
Hermanos					
Hermanas					
Otros miembros del hogar					

c. ¿Muchos miembros de la familia han fallecido? (No incluya abortos espontáneos)

d. ¿Cuántos miembros de la familia viven en el hogar del niño? _____

e. ¿La familia tiene algún problema de vivienda, empleo, comida, etc.?
 NO
 SÍ

2. Embarazo y parto

- a. Durante el embarazo, ¿tuvo la madre alguna enfermedad? No Sí
- b. Durante el embarazo, ¿tomó la madre algunas medicinas (además de vitaminas o hierro)? No Sí
- c. Durante el embarazo, ¿experimentaba la madre o la familia un estrés inusual? No Sí
- d. ¿Nació el bebé a tiempo? No Sí
- e. ¿Fue un parto difícil? No Sí
- f. ¿Usaron instrumentos? No Sí
- g. ¿Cuánto pesó el bebé cuando nació? _____
- h. ¿Tuvo algún problema el bebé mientras estaba en el hospital? No Sí
- i. ¿Cuántos días permaneció el bebé en el hospital? _____
- j. ¿Cuántos días permaneció la madre en el hospital? _____

3. Historial de la niñez temprana

- a. ¿Describiría Ud. el bebé como promedio, tranquilo o activo? _____
- b. ¿Tuvo el bebé algún problema especial durante los primeros seis meses? No Sí
- c. ¿Se lactó el bebé? No Sí
- d. ¿Qué edad tenía el bebé cuando se dejó de lactar? _____
- e. ¿Qué edad tenía el niño cuando dejó de tomar el biberón? _____
- f. ¿Qué edad tenía el niño cuando se sentó solo sin ayuda? _____
- g. ¿A qué edad el niño comenzó a gatear? _____
- h. ¿A qué edad el niño comenzó a andar solo sin ayuda? _____
- i. ¿A qué edad el niño comenzó a decir dos o tres palabras juntas? _____
- j. ¿Ahora, ¿el niño puede usar el inodoro sin ayuda? No Sí
- k. ¿A qué edad el niño dejó de mojar la cama? _____

4. Historial de salud del niño

1. ¿Alguna vez el niño ha sido hospitalizado o lo operaron? No Sí

¿CUÁNDO?	RAZÓN	NOMBRE DEL HOSPITAL
a.		
b.		

2. ¿Ha tenido el niño algunas otras enfermedades, accidentes, huesos rotos o fracturados, lesión de la cabeza? No Sí

¿CUÁNDO?	¿CUÁL FUE EL PROBLEMA?	¿CUÁNTO TIEMPO DURÓ?
a.		
b.		

<p>3. ¿Piensa que la salud del niño puede ser mejor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>4. Marque (X) cualquier de las siguientes enfermedades que el niño ha tenido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sarampión "rojo" <input type="checkbox"/> pulmonía <input type="checkbox"/> varicela</p> <p><input type="checkbox"/> tos ferina <input type="checkbox"/> paperas</p> <p><input type="checkbox"/> rubéola o <input type="checkbox"/> fiebre reumática</p> <p>sarampión de "3" días</p> <p>5. ¿El niño ha perdido alguna vez el conocimiento completamente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>6. ¿El niño ha tenido más de seis resfriados o infecciones con fiebre en un año? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>7. ¿El niño se queda en cama a menudo debido a las enfermedades? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>8. ¿El niño ha tenido algún problema con los oídos o su audición? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>9. ¿El niño ha tenido algún problema de vista o los ojos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>10. ¿Parece que el niño tenga dificultad de respirar por la nariz? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>11. ¿El niño ronca durante la noche? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>12. ¿Su hijo tiene sangramiento por la nariz a menudo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>13. ¿El niño ha tenido algún problema con los dientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>14. ¿El aliento del niño huele mal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>15. ¿El niño ha tenido alguna vez una convulsión? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>16. ¿Hay momentos en que Ud. habla al niño y parece que él no le ha oído? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>17. ¿El niño ha tenido alguna vez un desmayo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>18. ¿El niño se queja de dolores de cabeza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>19. ¿El médico le ha dicho alguna vez que el niño tiene un soplo de corazón? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>20. ¿El niño se ha quejado alguna vez de tener dolor en los brazos o las piernas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>21. ¿El niño ha tenido hinchazón en las articulaciones o cojera? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>22. ¿El niño tiene dificultad de mantener el ritmo de los otros niños cuando está con ellos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>23. ¿Algunos alimentos molestan a su hijo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>24. ¿El niño tiene diarrea a menudo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>25. ¿El estreñimiento ha sido un problema para este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>26. ¿El niño ha tenido alguna vez lombrices o parásitos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>27. ¿Alguna vez ha visto Ud. sangre en las heces del del niño (las evacuaciones)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>28. ¿El niño ha tenido alguna vez ictericia o problemas con el hígado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>29. ¿El niño se queja de dolores del estómago? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>30. ¿El niño tiene algún problema en hacer pipí (o sea orinar)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>31. ¿El niño ha sido tratado alguna vez por problemas con los riñones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>32. (Sólo niñas) ¿La niña ya comenzó con su menstruación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>32a. ¿Tiene ella algún problema? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>33. ¿El niño tiene algún problema de la piel, eccema? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>34. ¿El niño ha tenido alguna vez asma, resuello o tos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>35. ¿El niño tiene alguna deformidad de los huesos o de las articulaciones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>36. ¿Alguna vez hubo problemas con la sangre del niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>37. ¿El niño ha ingerido alguna vez pintura, yeso u otra cosa que no era alimento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>38. ¿El niño tiene dificultad con su sueño o en dormirse? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>39. Explique cómo el niño se duerme:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>40. ¿El niño ha tenido alguna vez una prueba de la piel para TB (tuberculosis)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Los resultados salieron normales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Fecha de la última prueba _____</p> <p>41. ¿Piensa Ud. que el niño tiene sobrepeso? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>42. ¿Piensa Ud. que el niño está bajo de peso? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>_____</p> <p>43. ¿El niño normalmente toma o come qué para:</p> <p style="text-align: center;">EL DESAYUNO LA CENA</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">EL ALMUERZO LAS MERIENDAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Cuántos vasos de leche toma al día? _____</p>
---	--

5. Por favor, circule cualquiera de las cosas que le preocupan acerca de su hijo a continuación:

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| 1. Incontinencia | 10. Los sentimientos se lastiman fácilmente | 17. Desobediente | 24. Mantiene malas amistades |
| 2. Se moja durante el día | 11. Desea demasiado atención | 18. Miente | 25. Destruye cosas intencionalmente |
| 3. Se chupa el dedo | 12. Desea demasiado consolación o apoyo de los padres | 19. Es egoísta en compartir | 26. Pobre rendimiento en la escuela |
| 4. Se come las unas | 13. Sueña despierto | 20. No se lleva bien con la familia | 27. Alimentación |
| 5. Muy nervioso o se altera con facilidad | 14. Pesadillas | 21. Celoso de sus hermanos y hermanas | 28. Malas costumbres alimenticias |
| 6. Demasiado inquieto | 15. Rabietas | 22. Sale hasta muy tarde | 29. Evacuaciones |
| 7. Tímido | 16. Hace lo contrario o es terco | 23. Pelea con otros niños | 30. ¿Cualquier otro problema que aún no se ha mencionado? ¿Qué? |
| 9. Infeliz o deprimido | | | |

6. Funcionamiento actual del niño

a. ¿Cómo describiría Ud. el niño como una persona? _____

b. ¿Cómo se lleva el niño con sus hermanos y hermanas? _____

c. ¿Cómo se lleva el niño con sus amigos en el vecindario? _____

d. ¿Cómo se siente el niño acerca de ir a la escuela? _____

e. ¿Cómo está manejando el niño su trabajo en la escuela? _____

f. Al niño, ¿qué le gusta hacer? _____

g. ¿Qué tipo de cosas asusta o preocupa al niño? _____

h. ¿Cuáles son algunas de las cosas que el niño hace que molesta o le hace enojar? _____

i. ¿Cómo disciplina Ud. al niño? ¿Cómo él responde? _____

j. ¿Cuáles son algunas de las cosas que el niño hace que le agraden o le haga sentir orgulloso? _____

k. ¿Tiene algunas preocupaciones que desee discutir con una enfermera o médico? _____

Llenado por

Fecha

Recibido por

Fecha