



Historia de Salud

Por favor, completar y devolver a la oficina de salud

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento : _____ Grado : _____

Padre o tutor: _____

Edificio: WHS Clearwater
 Southview Bayview Laketown

Diagnóstico Médico (es): _____

1. ¿Esta el estudiante de buen salud la mayoría del tiempo? () Sí () No

2. ¿Tiene el estudiante frecuentes dolores de garganta con fiebre? () Sí () No

3. ¿Tiene el estudiante con frecuencia dolores de cabeza, dolor de estómago o dolor de otros tipo? () Sí () No

Tipo : _____

4. ¿Tiene el alumno algún bultos o llagas que no sanan? () Sí () No

5. El estudiante ha sido hospitalizado? En caso afirmativo, para qué y cuándo? () Sí () No

6. El estudiante ha tenido algún accidente grave, o ingestiones de veneno? _____ () Sí () No

7. El estudiante ha ido al doctor en el último año? () Sí () No

Cuándo y Por qué? _____

8. ¿Está el estudiante tomando medicamentos ahora? () Sí () No

Los medicamentos : _____

Motivo: _____

9. ¿Cuándo fue la ultima vez que el estudiante visito el dentista? (Si más de seis meses, marque "No") () Sí () No

Fecha: _____

10. Fue un trabajo dental completa ? _____ () Sí () No

11. Esta usted o el estudiante preocupado por su altura o peso? _____ () Sí () No

12. Esta usted o el estudiante en cuestión acerca de su apetito o comer ? _____ patrón () Sí () No

13. Esta usted o el estudiante preocupado por su organismo de desarrollo ? _____ () Sí () No

14. ¿Usted o el estudiante tiene preguntas acerca de fumar, beber, o el uso de drogas? () Sí () No

15. ¿El estudiante tiene alguna restricción física? En caso afirmativo, ¿qué? () Sí () No

16. El estudiante ha ido a un especialista medico? Si sí, quién ? _____ () Sí () No

Cuándo ? _____ ¿Por qué ? _____

17. ¿Tiene el estudiante alguna discapacidad o enfermedades? () Sí () No

Explique : _____

(Más)

HISTORIA (marque cualquiera de los siguientes que el estudiante ha tenido alguna vez)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> "Red" o "duro" contra el sarampión | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Alemán o sarampión de 3 días | <input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro |
| <input type="checkbox"/> Las paperas | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al nacer |
| <input type="checkbox"/> La varicela - Fecha : _____ | <input type="checkbox"/> lesión o defecto(de nacimiento |
| <input type="checkbox"/> La meningitis | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> La escarlatina | <input type="checkbox"/> Alergias: |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | ___eczema ___roncha |
| <input type="checkbox"/> Artritis | ___Fiebre del heno ___sibilancias o asma |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | ___ La neumonía drogas/medicación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones, convulsiones | ___ Intolerancia a los alimentos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre alta (por encima de 104 por 3 días) | <input type="checkbox"/> problemas del corazón / la tensión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Dentro de la vagina o infecciones pélvicas | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| | <input type="checkbox"/> del riñón o de la Infección de Vejiga |

Información Adicional: _____

HISTORIA RECIENTE (marque cualquiera de los siguientes que se aplican al estudiante)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Micción frecuente | <input type="checkbox"/> Mareos, desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel |
| <input type="checkbox"/> Ardor o dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Sangra con facilidad | <input type="checkbox"/> Problemas de Sueño |
| <input type="checkbox"/> Los problemas del intestino | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> dificultad para ver | <input type="checkbox"/> la pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Inflamación de los ganglios | <input type="checkbox"/> dificultad para oír | <input type="checkbox"/> Vómitos persistentes |
| <input type="checkbox"/> Se cansa fácilmente | <input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones | <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho |

Información Adicional: _____

¿Hay problemas físicos que el profesor de educación física deben ser conscientes de ? _____

Nota: si su hijo tiene una condición que les impide participar en la educación física, una nota de su médico será requerido.

Cualquier preocupación relacionados con la audición y la visión ? _____

Cualquier problema de embarazó / o problemas de entrega, por favor describa: _____

¿Tiene el estudiante seguro médico? () No hay ningún proveedor () Sí, o la empresa de nombre: _____

En caso negativo, ¿estaría usted interesado en los recursos? () No () Si

Haga una lista de preocupaciones especiales : _____

X _____
Firma del padre o tutor para completar este formulario

X _____
Fecha

Box to be completed by Heath Services Staff:			
___ IEP	___ Transfer	___ Initial	Nursing Notes: _____
___ 504	___ Reassessment		_____
___ Individual	___ Kindergarten		_____