



# Presbyterian Pan American School

Kingsville, Texas 78363 (Esta página se tiene que llenar por los padres del estudiante)

## Historial Clínico

Ciclo Escolar: \_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_

Seguro de Salud \_\_\_\_\_ Número grupo \_\_\_\_\_ Número póliza \_\_\_\_\_

Información Paterna	Nombre _____	Número teléfono (casa) _____
	E-mail _____	Número teléfono (trabajo) _____

Información Materna	Nombre _____	Número teléfono (casa) _____
	E-mail _____	Número teléfono (trabajo) _____

↓ EN CASO DE EMERGENCIA SI LOS PADRES NO SE PUEDEN CONTACTAR, POR FAVOR NOTIFIQUE A LA PERSONA INDICADA ABAJO. ↓

Nombre y relación: \_\_\_\_\_

Número teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Número teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Número teléfono (celular) \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN DE ALERGIAS</b>	Penicilina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Reacción _____
	Sulfonamidas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Reacción _____
	Otras medicinas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Cual _____ Reacción _____
	Comida	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Cual _____ Reacción _____
	Insectos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Cual _____ Reacción _____
	Otros	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, a que _____ Reacción _____

Más reciente antitetánica inmunización \_\_, \_\_, \_\_ (enfermera de la escuela se llenará)

Presbyterian Pan American School no asume la responsabilidad de dar el permiso necesario para la asistencia médica importante. Ésta es la responsabilidad del padre o del representante legal. Por mi firma abajo, autorizo por este medio al director(a) o a su representante a dar mi permiso para la asistencia médica, incluyendo anestésicas and transfusiones de sangre si se es necesario. Con la comprensión que me notificarán cuanto antes.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o representante legal

# Historial Clínico

Ciclo Escolar:

(Esta página se tiene que llenar por los padres del estudiante)

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

## ACTUALIZACIÓN MÉDICA

Describe por favor la salud de su niño con respecto a los problemas de la salud pasados y presentes que puedan ser de cuidado mientras que este en Presbyterian Pan American School. **(Exámenes de la vista y dentales deben realizarse anualmente mientras que este en el país y entregarlos a la enfermera escolar.)**

Salud en General:  Excelente  Buena  Mediocre  Mala

Por favor indique si su hijo(a) ha tenido o sufre de cualquiera del siguiente:

Escarlatina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____
Sarampión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____
Sarampión alemán	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____	Tos ferina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____
Paperas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____	VIH (SIDA)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____
Varicela	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, ___/___/___ (fecha completa)	Malaria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____

Por favor indique si su hijo(a) sufre cualquiera de las siguientes condiciones:

ASMA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
PROBLEMAS DE OÍDOS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
PROBLEMAS DE OJOS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
DIABETES	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
OTROS _____		Tratamiento _____

Por favor indique si su hijo(a) ha tenido:

Operaciones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Describa _____
Lesiones o Accidentes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Describa _____
Medicinas Prescritas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

Nombre de la Medicina	Dosis	Condición siendo tratada
-----------------------	-------	--------------------------

Es importante que la enfermera de la escuela y el personal del dormitorio sepan de todas las medicinas tomadas por el estudiante. Todas las medicinas que el estudiante debe tener el nombre del estudiante, el médico, la medicina y la dosificación. Todas las medicinas administradas por la enfermera de la escuela serán registradas. Por favor note que no permitimos que el estudiante tenga medicinas en su posesión, a excepción de los inhaladores del asma y medicamentos que la enfermera les entrega para utilizar durante el día.

## VACUNACIÓN REQUERIDA

**(Debe tener día mes y año PARA SER válido)**

Por favor llene la información posible. Si la información no está disponible, la escuela cobrará a los padres del estudiante por administrar vacunas. Ciertas vacunas se requieren antes de que el estudiante entre a los Estados Unidos. El Doctor del estudiante tiene que proporcionar fecha, firma y sello abajo, para validar la información de los datos de vacunas indicadas.

Vacuna	FECHA DE CADA DOSIS ADMINISTRADA					Prueba de Tuberculina
	1era	2da	3ra	4ta	5to	
POLIO – SABIN (OPV/ IPV)						Fecha _____ Resultado: _____ mm Fecha _____
DTP/DTaP/DT/ TD						
Tdap LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS						
MMR (Sarampión, Paperas, and Rubeola)						
Hepatitis A						
HEPATITIS B						
VARICELA						
INFLUENZA (estacional)/(Porcina)						Mi hijo(a) tuvo varicela el (fecha completa) ___/___/___ y no necesita la vacuna.
MENINGITIS						Se dará en la escuela si está disponible anual, usted puede negarse por medio de un escrito.

Fecha, Firma y sello del medico validando vacunas.  
**\*\*Adjunte la cartilla de vacunas** 

Con una familia el tamaño la nuestra, en la escuela siempre existe la posibilidad de un brote de una enfermedad contagiosa. Por esta razón, requerimos que todas las vacunas se mantengan al día. Doy permiso para administrar las vacunas o pruebas de la piel que sean recomendadas por la escuela y que mi hijo(a) reciba la medicina sin receta en la escuela para el tratamiento de enfermedades menores.

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Firma del padre/madre o representante legal

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN FÍSICA

ESTE FORMULARIO SE DEBE LLENAR PARA CADA ESTUDIANTE y **anualmente** para cada estudiante que planea participar en actividades atléticas. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que fuese peligrosa par participar en actividades atléticas.

**Explique la respuestas "Sí" en el espacio abajo. Marque las preguntas que usted no sabe responder. Si contesta Sí en las preguntas 1 a 18 requiere la evaluación médica, incluyendo una examen físico. Un permiso escrito se requiere antes de cualquier participación en prácticas, juegos o competencias.**

- 1. ¿Usted ha tenido enfermedad o lesión médica desde su último chequeo médico?  Sí  NO
  - 2. ¿Ha sido hospitalizado el año pasado?  Sí  NO
  - 3. ¿Se ha desmayado durante o después de ejercicio?  Sí  NO
  - 4. ¿Ha tenido dolor en el pecho durante o después de ejercicio?  Sí  NO
  - 5. ¿Te cansas más rápido que tus amigos durante ejercicio?  Sí  NO
  - 6. ¿Ha sentido que su corazón se acelera o que se salta un latido?  Sí  NO
  - 7. ¿Ha tenido presión alta o colesterol alto?  Sí  NO
  - 8. ¿Le han dicho que tiene un soplo cardiaco?  Sí  NO
  - 9. ¿Algún miembro de la familia o familiar ha muerto de problema de corazón repentino antes de los 50 años?  Sí  NO
  - 10. ¿Algún médico le ha negado o limitado la participación en deportes por problemas cardiacos?  Sí  NO
  - 11. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o contusión?  Sí  NO
  - 12. ¿Alguna vez ha caído inconsciente o ha tenido pérdida de memoria?  Sí  NO
  - 13. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?  Sí  NO
  - 14. ¿Sufre dolores de cabeza frecuente o severo?  Sí  NO
  - 15. ¿Alguna vez ha tenido adormecimiento y hormigueo de brazos, manos o pies?  Sí  NO
  - 16. ¿Alguna vez ha tenido algun problema de nervio pellizado o preso?  Sí  NO
  - 17. ¿Le falta algún órgano par?  Sí  NO
  - 18. ¿Está bajo atención medica?  Sí  NO
  - 19. ¿Alguna vez ha estado mareado durante o después de ejercicio?  Sí  NO
  - 20. ¿Tiene algún problema de piel actualmente?  Sí  NO
  - 21. ¿Alguna vez se ha enfermado por ejercitarse bajo el sol?  Sí  NO
  - 22. ¿Alguna vez le ha faltado súbitamente el aire con ejercicio?  Sí  NO
  - 23. ¿Usa algún equipo u aparato correctivo o de protección especial?  Sí  NO
  - 24. ¿Alguna vez ha tenido un esguince o inflamación después de una lesión?  Sí  NO
  - 25. ¿Se ha roto o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?  Sí  NO
  - 26. ¿Ha tenido problemas con dolo o inflamación de músculos, tendones, huesos o articulaciones?  Sí  NO
  - 27. ¿Quiere pesar más o menos lo que pesa ahora?  Sí  NO
  - 28. ¿Pierde peso regularmente para pesar lo requerido en algún deporte?  Sí  NO
  - 29. ¿Se siente estresado(a)?  Sí  NO
  - 30. ¿Ha sido diagnosticado(a) con enfermedad de células falciformes?  Sí  NO
- Mujeres únicamente**
- 31. ¿Tiene periodos menstruales irregulares?  Sí  NO
  - 32. ¿Tiene flujo excesivo o Dolores menstruales severos?  Sí  NO

Por favor explique las respuestas "Sí" en este espacio.

Yo, el padre o representante legal del niño(a), declaro que al mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas antedichas están completas y correctas. Por este medio, autorizo la participación completa del niño(a) en el programa atlético de la Presbyterian Pan American School. Es mi comprensión que en la participación en las actividades que componen el programa atlético de PPAS existe un cierto riesgo inherente de lesión. Como tal, en la consideración de la participación de mi niño en el programa atlético de PPAS, renuncio, descargo y convengo por este medio para no demandar la Presbyterian Pan American School, el departamento de atletismo o los empleados de cualquiera y toda la responsabilidad, las demandas, las acciones y las causas de la acción cualesquiera que se presentan hacia fuera de o relacionado con cualquier pérdida, daño o lesión, incluyendo la muerte, que se puede sostener por mi niño, sean causado por la negligencia de permisos, o de otra manera mientras que participa en tal actividad, o mientras que adentro, o sobre las premisas donde se está conduciendo la actividad.

También estoy de acuerdo a seguir instrucciones y procedimientos para mantener un nivel de máxima de la seguridad. Entiendo que una política del seguro médico llevada por la **Presbyterian Pan American School proporcionará solamente cobertura mínima y que estay enterado que los costos médicos que se acumulan en caso de lesión serán mi responsabilidad.**

Doy el permiso para cualquier asistencia médica, el tratamiento por el médico, el cirujano, el hospital o la facilidad de la asistencia médica que puede ser requerida incluyendo el transporte y acepto la responsabilidad del costo.

Firma del Estudiante

Firma del padre/madre o representante legal

Fecha

# Historial Clínico

Ciclo Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

## EXÁMEN FÍSICO POR EL MEDICO

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % Grasa corporal \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Visión Der 20/ \_\_\_\_\_ Izq 20/ \_\_\_\_\_ Corregida:  Sí  NO Pupilas:  Iguales  Desiguales

**Esta página del Examen Físico debe ser completado por el Doctor del estudiante** antes de la inscripción y después se completa cada año el estudiante está participando en cualquier de los deportes escolares. También debe completarse si hay respuestas de las preguntas específicas de la página de evaluación física del estudiante (la página 3). **Este formulario debe ser utilizado. No se aceptarán otros formularios o notas de médico.**

MÉDICO	Normal	Hallazgos Anormales	Iniciales <small>(únicamente exámenes de consultorio)</small>
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Sistema Linfático			
Corazón- posición supina			
Corazón- de pie			
Corazón — pulso de extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (hombres únicamente)			
Piel			

### MUSCULOESQUELÉTICO

Cuello			
Espalda (Escoliosis)			
Hombro/Brazo			
Muñeca/ Mano			
Cadera/ Muslo			
Rodilla			
Pierna/ Tobillo			
Pie			

### PERMISO PARA DEPORTE

- Permitido
- Permitido después de completar evaluación/rehabilitación para: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- No Permitido por: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ↓ Sello ↓ \_\_\_\_\_  
Firma del Médico Apellido (letra molde)

\_\_\_\_\_ ↑ Sello ↑ \_\_\_\_\_  
Dirección Fecha