Historia Médica del Estudiante

Nombre del estudiante: _____Fecha de Nacimiento _____

Pediatra:_____ Teléfono del pediatra:_____ Ultimo examen físico:_____

Historia clínica del paciente

ADD/ADHD	Sí	No	Enfermedades del Corazón	Sí	No
Asma	Sí	No	Enfermedades de Riñones	Sí	No
Problemas urinario/vejiga	Sí	No	Sangrado de la Nariz	Sí	No
Problemas en la sangre	Sí	No	Neumonía	Sí	No
Problemas del intestino/			Parto Prematuro	Sí	No
Estreñimiento	Sí	No	Problemas en la Columna	Sí	No
Cáncer/Leucemia	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Depresión/Ansiedad	Sí	No	Anemia de células falciformes	Sí	No
Diabetes Mellitus	Sí	No	Dolores de Estomago	Sí	No
Dolor de oído/Infecciones	Sí	No	Usa anteojos o contactos	Sí	No
Eczema	Sí	No	Usa aparatos para oír	Sí	No
Infecciones frecuentes	Sí	No	Problemas de Peso	Sí	No
Dolores de cabeza	Sí	No			

Otro:_____

Medicamentos actuales:

¿Su hijo toma alguna medicina, Vitaminas, Suplementos, Remedios naturales? Sí No

Si es así, escriba cuáles: _____

_____

Alergias:

¿Su hijo tiene alergias? Sí (Si es así, escriba a que es alérgico) No

Alergias a comidas: _____

Alergias a Medicinas: _____

Alergias a Animales o insectos: _____

¿Alergias que Requieren Inyecciones de Epinefrina? Sí No

Información del Asma:

¿Tiene su hijo un inhalador? Sí No Tipo de inhalador preventivo:_____

¿Su hijo traerá el inhalador a la escuela? Sí No Tipo de inhalador de emergencia:_____

¿Usa su hijo un nebulizador en casa? Sí No

Cirugías / Hospitalizaciones:

¿Su hijo ha estado una noche en el hospital? Sí No ¿Número de visitas a la sala de Emergencias el año pasado?

¿Su hijo ha tenido una lesión grave? Sí No ¿Qué tipo?:_____

¿Su hijo ha tenido una cirugía? Sí No ¿Cuáles?:_____

Historia Familiar (abuelos maternos y paternos, padres, hermanos y hermanas)

¿Algún pariente de sangre de su hijo ha tenido los siguientes problemas? (Marque todas las que correspondan.)

□ Anemia	□ SIDA	□ Hipertensión	□ Células falciformes
□ Diabetes	□ Colesterol Alto	□ Asma	□ Abuso de Drogas
□ Dolores de cabeza / migraña	□ Problemas en los músculos	□ Derrame	□ Tuberculosis
□ Muerte Súbita Infantil	□ Artritis/Defecto de nacimiento	□ Alcoholismo	□Convulsiones/ Ataques
□ Sordera temprana	□ Cáncer	□ Problemas del corazón	□ Fibrosis Quística

Historia Social

¿Expuesto al humo del cigarrillo en el hogar? Sí No

Tutor Legal: _____

Parentesco: _____

Firma

_____ _____ _____

Firma del Tutor **Nombre Impreso del Tutor** **Fecha**