

Inicial \_\_\_\_\_

3<sup>r</sup> Año \_\_\_\_\_

Al día \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA**

**HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO**

Fecha \_\_\_\_\_

(Para uso exclusivo de la enfermera escolar durante la evaluación de Educación Especial)

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Escuela \_\_\_\_\_ Idioma primario del alumno \_\_\_\_\_ Idioma materno \_\_\_\_\_

El/la niño(a) vive con \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)  
Teléfono \_\_\_\_\_

Mejor horario para llamar \_\_\_\_\_

Nombre Completo	Edad	Educación	Ocupación	Hogar	Estado de Salud
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Padrastrós	_____	_____	_____	_____	_____
Tutor Legal	_____	_____	_____	_____	_____

Otros niños(as) en el hogar (en orden de edad):		Parentesco	Escuela	Grado	Dificultades en la Escuela	Estado de Salud
Nombre	Edad					
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Otras personas en el hogar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe su preocupación sobre su hijo(a):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## FACTORES DE NACIMIENTO Y DESARROLLO

### FACTOR PERINATAL

Edad de la madre \_\_\_\_\_ Cuando inició el cuidado prenatal \_\_\_\_\_ Duración del embarazo \_\_\_\_\_

Duración del parto \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_ Cuántos días pasó el niño(a) en el hospital \_\_\_\_\_

Existió alguno de los siguientes riesgos o complicaciones prenatales:

- |                                     |                                  |                                      |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Fumar   | <input type="checkbox"/> Drogas      |
| <input type="checkbox"/> Accidente  | <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Existió alguna complicación al nacer?

- |   |                                       |                                      |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cesárea            | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fórceps utilizados | <input type="checkbox"/> Reanimación  |                                      |

¿Existió alguna complicación después del nacimiento?

- |                                      |                                       |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Incubación  | <input type="checkbox"/> Ictericia    | <input type="checkbox"/> Infección               |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno     | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                                       |  |

### HITOS DE DESARROLLO-Se preocupó cuando su hijo(a) empezó a hacer lo siguiente:

- Sentarse solo
- Gatear
- Caminar
- Hablar
- Auto alimentarse
- Ir al baño
- Vestirse
- Otro: \_\_\_\_\_

Describa sus inquietudes

---

---

---

¿De qué manera se compara el desarrollo del niño(a) en comparación con otros niños de la misma edad?

---

---

---

## HISTORIAL MÉDICO

**HISTORIAL MÉDICO:** (marque las casillas que aplican)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza                       | <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Neuromuscular                          |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                              | <input type="checkbox"/> Neumonía   | <input type="checkbox"/> Diabetes                               |
| <input type="checkbox"/> Inconsciente                              | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco   | <input type="checkbox"/> Varicela                               |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                         | <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                           |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista                     | <input type="checkbox"/> Resultados/pruebas de células falciformes                | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina                     |
| <input type="checkbox"/> Lentes ¿a qué edad?                       | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales                                    | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                       |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición                    | <input type="checkbox"/> Problemas de los huesos                                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis                              |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído/dolor                 | <input type="checkbox"/> Menarquia-¿a qué edad comenzó                            | <input type="checkbox"/> Meningitis                             |
| <input type="checkbox"/> Frecuente dolor de garganta/resfriados    | <input type="checkbox"/> Cólicos menstruales                                      | <input type="checkbox"/> Temperatura a más de 105°              |
| <input type="checkbox"/> Alergias                                  | <input type="checkbox"/> Problemas de huesos                                      | <input type="checkbox"/> Deficit de Atencion con Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones/cirugías                | <input type="checkbox"/> Exámenes especiales/tratamiento (EEG, IKG, tranfuciones) |   |
| <input type="checkbox"/> Accidentes                                | <input type="checkbox"/> Equipo especial (silla de ruedas, etc.)                  |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades crónica/dudas sobre la salud |   |   |

Explique todas las casillas arriba marcadas: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) toma medicamentos?  Sí  No Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Cobertura médica:  Sí  No Nombre de seguro médico: \_\_\_\_\_

Seguro de Medi-Cal:  Sí  No

Seguro dental:  Sí  No

Médico \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Especialista \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Especialista \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:** (Problemas médicos, problemas de aprendizaje, clases de educación especial)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_