



CUESTIONARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE- Preescolar y kindergarten y primaria

Nombre del Niño/a _____ Fecha de Nac. _____ Edad _____ Sexo _____
 Nombre del Padre/Madre _____ Fecha Completada _____
 Doctor/Clinica _____ Fecha del último examen físico _____ Resultados _____
 Dentista/Clinica _____ Fecha del último examen dental _____ Resultados _____
 Forma Completada por _____ Relación con el niño _____
 Seguro Médico _____ Medicaid _____ CHP Plus _____ Ninguno _____

Información Medical

Si su niño está bajo medicamento, por favor nombre las medicinas, dosis y cuando los toma: _____
 por favor anote cualquier medicina anterior _____
 por favor anote cualquier alergia y describa lo que sucede: _____
 Si su niño alguna vez ha sido revisado por un médico especialista, explique porqué: _____
 Fecha del último examen de la vista: _____ ¿Con quién? _____ Resultados: _____
 ¿Usa su niño lentes o pupilentes? Si _____ No _____
 Fecha del último examen auditivo: _____ ¿Con quién? _____ Resultados: _____
 Anote alguna discapacidad física: _____
 ¿Ha sido hospitalizado su niño? _____ (razones y edad cuando pasó)
 ¿Ha estado su niño en la sala de emergencias? _____ (razones y edad cuando pasó)
 ¿Ha tenido su niño alguna cirugía? _____ (razones y edad cuando pasó)

Historia Familiar: ¿Hay alguna historia familiar de preocupaciones médicas, sociales/emocionales o ambientales que pudieran afectar la capacidad de aprender de su niño? Por favor, explique cualquier preocupación: _____

Salud Física: Explique cualquier problema o preocupación: _____
 Si su niño tiene un diagnóstico médico, ¿cuál es? _____ Edad al diagnosticarlo: _____
 Encierre en un círculo si el niño ha tenido alguno de lo siguiente:

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---|
| Frecuentes infecciones del oído | Problemas de vejiga/riñón | Abuso físico/sexual |
| Neumonía/bronquitis | Problemas estomacales | Preocupaciones de dormir |
| Asma/tos crónica | Heridas graves | Problemas auditivos |
| Problemas del corazón | Herida/contusión cerebral | Problemas dentales |
| Ataques | Preocupaciones para comer/peso | Problemas de la vista (lentes/pupilentes) |
| Problemas de la piel | Anemia | Problemas musculares |
| Diabetes | Problemas de coyunturas o huesos | Problemas emocionales/comportamiento |

Comentarios _____

Historia de Embarazo y Nacimiento: Edad de la madre cuando nació el niño: _____

Encierre en un círculo las preocupaciones de salud durante el embarazo: Excesiva nausea/vomito hipertensión anemia hinchazón
 Otro _____

Anote las medicinas, drogas, alcohol o tabaco usado por la madre durante el embarazo. _____

¿Nació su niño en la fecha prevista? _____ semanas prematuro _____ semanas retrasado _____ (encierre uno): vaginal parto cesárea
 Preocupaciones/Comentarios: _____

Condición del bebé al nacer: _____ peso del bebé al nacer _____ duración de estancia del bebé en el hospital: _____

Por favor encierre en un círculo y comente en cualquiera de lo siguiente que aplique al bebé: usó oxígeno ictericia

Problemas de respiración problemas para comer Comentarios: _____

¿Pasó el niño la revisión auditiva de recién nacido? Si _____ No _____

Historia del Desarrollo: Edad de su niño al: caminar solo _____ comenzar a decir palabras _____ comenzar a juntar palabras _____

¿Fue clara el habla? Si _____ No _____ Comentarios _____

Edad en que terminó el entrenamiento para ir al baño: _____

PERMISOS DE SALUD

- Si / No** Doy permiso para que mi niño/a sea tratado con Acetaminofén (sin aspirina) para dolor o fiebre.
Si / No Doy permiso para que mi niño/a sea tratado con los siguientes artículos aprobados de primeros auxilios sin receta: loción de calamina, pomada de cortisona, jarabe antiácido (12 años o más), jabón antibacteriano y alcohol para limpieza, pomada de antibiótico, Carmex y vaselina para labios resechos, crema eucerin, loción crema, gárgaras de agua salada, Gel oral (para dolor bucal o de dientes, llagas bucales). (Si usted tiene objeción al uso de alguno de estos artículos, por favor envíe una nota a la enfermera escolar de su niño declarando por qué no debe usarse el medicamento. De otra manera interpretaremos esto como un permiso para todo lo mencionado anteriormente).
Si / No Doy permiso para que la enfermería de la escuela comparta información de salud con el personal de la escuela que necesita saber.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____