



Historial de Salud

APRECIADOS PADRES/GUARDIAN: Favor de completar la forma debajo y devolverla a la enfermera de la escuela lo antes posible.

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Medico del Estudiante: _____ Escuela/Grado: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____

Por favor marcar (✓) si su niño ha tenido algunos de los siguientes:

- Anemia _____
- Asma _____
- Desorden en la Sangre _____
- Cancer _____
- Varicela _____
- Ganchos Dentales _____
- Desorden con el Desarrollo _____
- Diabetes _____
- Desordenes de los Oidos _____
- Desordenes Glandular _____
- Disordenes de la Vista _____
- Desmayos _____
- Fracturas _____
- Dolores de Cabeza Frecuentes _____
- Desorden Geneticos _____
- Sarampión Alemán _____
- Lesión en la Cabeza _____
- Enfermedad de Corazón _____
- Hepatitis _____
- Hiperactivo _____
- Problema con la Presión Alta _____
- Deficiencia Inmune _____
- Desordenes de los Riñones _____
- Envenenamiento de Plomo _____
- Desorden del Hgado _____
- Enfermedad Lyme Disease _____
- Sarampión Común _____
- Meningitis _____
- Desordenes con la Menstruación _____
- Mononucleosis _____
- Migraña _____
- Paperas _____
- Problemas Ortopedicos _____
- Sangrar por la Nariz _____

- Limitaciones Físicas _____
- Pulmonia _____
- Fiebre Reumatica _____
- Scoliosis _____
- Convulsiones (ataques) _____
- Sickle-Cell Anemia _____
- Desorden con la Piel _____
- Streptococco de la Garganta _____
- Tuberculosis _____
- Problema Cuando va al Baño _____

Información Adicional:

1. Es su niño alerjico a?
 - Picada de a bispas Medicamentos
 - Comidas Otros _____
2. Esta su niño tomando medicamentos?
 - Sí Tipo: _____ No
3. Usa su niño espejuelos o lentes de contacto? Sí No
4. Usa su niño audifono para oír?
 - Sí No
5. Usa su niño una silla de ruedas/andador o ganchos ortopedicos para los piernas?
 - Sí No
6. Ha estado su niño hospitalizado?

Razón: _____

Fecha: _____
7. Ha tenido su niño alguna operación/cirugia?

Tipo: _____

Fecha: _____
8. Tiene su niño seguro medico?
 - Sí No
9. Visita su niño al dentista?
 - Sí No

Firma de Padre/Guardian _____

Fecha _____