

Historial de la Salud del Estudiante

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____ **Escuela:** _____

¿Ha tenido el estudiante algunas de las siguientes condiciones? Marque si o no. Si contesto si explique y especifique la fecha más reciente en que el estudiante se vio afectado por esta condición

Si	No	Condición	Explicación	Fecha
Alergia: Digá cuál es el alérgeno Y describa cuál es la reacción				
		*Alergia con Riesgo de Muerte (requiere medicamento de urgencia)		
		Medicamento para Alergia		
		Alergia alimenticia*		
		Intolerancia alimenticia		
		Alergias medio ambientales*		
Enfermedades Serias o Crónicas				
		Trastorno Sanguíneo o Anemia		
		Trastorno del Comportamiento /Atención		
		Asma* o Problemas de los Riñones		
		Trastorno de la articulación o de los huesos		
		Cáncer		
		Diabetes*		
		Trastorno de la Columna vertebral del cuello o cabeza		
		Condición del Corazón		
		Hepatitis		
		Enfermedad Mental		
		Trastorno de Ataques Epilépticos*		
		Tuberculosis		
		Problemas de la orina o del Riñón		
		Otros:		
Otras Preocupaciones de la Salud				
		Se orina en la cama		
		Estreñimiento		
		Dificultad para hacer ejercicio		
		Frecuentes Dolores de Cabeza		
		Frecuentes Dolores de Estomago		
		Problemas de Audición		
		Problemas para usar el baño o accidentes		
		Problemas de la visión: Contactos/Gafas Si No	___ para lectura, ___ distanciarse única ___ todo el tiempo	
		Problemas con el peso (obeso o bajo de peso)		

*Condición que requiera papeleo adicional

Medicamentos: Ponga en la lista cualquier medicamento que el estudiante toma regularmente (incluya medicamentos con receta y sin receta médica) _____

Historial del Cuidado de la Salud:

¿Ha tenido este estudiante alguna **cirugía**? Si contesto Si, explíquelo en el dorso de esta página.

¿Ha tenido que ser **internado en el hospital**? Si, contesto si explíquelo en el dorso de esta página.

¿**Cuándo** fue el chequeo **médico más reciente** del estudiante? _____

¿**Adonde va** regularmente el/ella para **cuidado de la salud**? _____

¿**Cuándo** fue el último chequeo **dental** del estudiante? _____

¿**A dónde va** regularmente el estudiante para recibir **salud dental**? _____

