

## 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
<b>Alergia: Digá cuál es el alérgeno Y describa cuál es la reacción</b>				
		*Alergia con <b>Riesgo de Muerte</b> (requiere medicamento de urgencia)		
		Medicamento para Alergia		
		Alergia alimenticia*		
		Intolerancia alimenticia		
		Alergias medio ambientales*		
<b>Enfermedades Serias o Crónicas</b>				
		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:		
<b>Otras Preocupaciones de la Salud</b>				
		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: lentes: 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**? \_\_\_\_\_

