

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE NASHVILLE
Y EL DEPARTAMENTO METROPOLITANO DE SALUD PÚBLICA

HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

Estimado padre, madre o tutor:

Este formulario de historial médico se utilizará para identificar los problemas de salud de los estudiantes y ayudarles a resolverlos. La participación es voluntaria. Entregue los formularios con la información requerida a la escuela para que se entreguen a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante _____ Género ____ Fecha de nacimiento _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (mes/día/año)

Nombre del maestro *homeroom* _____ Grado _____

Domicilio _____

Nombre del padre, madre o tutor _____

Número(s) telefónico(s) del padre de familia u otro contacto (____) _____ o (____) _____

*Proporcione números de contacto en caso de que se necesite aclarar o verificar los datos en este formulario. Gracias.

1) Nombre del médico o clínica _____ Fecha del último examen físico _____

Razón por el examen físico (marque uno) ____ Examen rutinario Enfermedad o cirugía _____
(Especifique)

2) ¿Tiene su hijo algún problema de salud? (marque en todo lo que corresponda)

- Mi hijo **no tiene problemas de la salud** que perjudicarían su día escolar.
- Alergias (nueces, abejas, alimentos, otro):** (Escriba todas las alergias) _____
¿Qué pasa? _____ ¿Se le ha recetado epinefrina? Sí ____ No ____
- Asma**, ¿Se le ha recetado inhalador? Sí ____ No ____ ¿Para uso en casa solamente? ____ ¿Lo necesita en la escuela? ____
¿Con qué frecuencia lo ha utilizado durante el año pasado? _____ ¿Fecha del último episodio de asma? _____
¿Ha ido su hijo al hospital debido al asma? Sí ____ No ____ ¿Cuándo? _____ ¿Cuánto tiempo se quedó? _____
- Diabetes:** Tipo I ____ Tipo II ____ ¿Cuáles medicamentos toma? _____
- Convulsiones:** ¿Qué clase? _____ ¿Fecha de la última convulsión? _____
¿Se le ha recetado Diastat? Sí ____ No ____ ¿Para uso en casa solamente? ____ ¿Lo necesita en la escuela? ____
- Emocional, comportamiento (TDAH [ADHD], depresión)**
- Cateterismo o sondaje**
- Cáncer, leucemia**
- Anemia drepanocítica**
- Problemas del corazón** ¿Cuál problema? _____ ¿Fecha diagnosticado? _____
¿Ya se ha solucionado? Sí ____ No ____ ¿Cuáles son sus restricciones de ejercicio, según el médico? _____
- ¿Hay otra condición que desea mencionar?** _____

3) ¿Toma medicamentos su hijo? ____ sí ____ no Nombre del medicamento(s) _____

Hora del día cuando toma el medicamento _____

4) ¿Se ha internado su hijo por algún motivo después de su nacimiento? __ sí __ no Si la respuesta es sí, explique: _____

5) ¿Hay algo más acerca de la salud de su hijo que usted considere importante saber? _____

Firma del padre, madre o tutor

Fecha