



FORMATO DE HISTORIA CLINICA DEL ESTUDIANTE

INFORMACION DEMOGRAFICA

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Grado
Etnicidad	Afiliación Espiritual/Religiosa		Idioma Principal Hablado en Casa	
Dirección				
Padre o Guardián Legal			Parentesco con el Estudiante	
Dirección				
Tel (casa)	Tel (trabajo)		Tel (cel.)	
Contacto de Emergencia			Parentesco con el Estudiante	
Tel (casa)	Tel (trabajo)		Tel (cel.)	
Participación de otras agencias (incluir nombres y teléfonos de contacto)				

HISTORIA MEDICA

Pediatra Principal: Nombre: _____ Teléfono: _____

Otros Especialistas – Alergistas, Nutricionistas, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta, etc. que trabajan ahora o han trabajado con el estudiante anteriormente

Nombre: _____ Especialidad: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Especialidad: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Especialidad: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Especialidad: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Especialidad: _____ Tel: _____

Condiciones Médicas: Nombre cualquier condición, enfermedad y alergias que el estudiante tiene o a tenido anteriormente:

<input type="checkbox"/> Alergias (nombrarlas) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Enfermedades Comunicativas (HIV, Sida, Hepatitis, Meningitis, Sarampión, Viruela, Salmonela, TB, Enfermedades Sexuales) (nombrarlas) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos (soplos, arritmia) (nombrarlas) _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Asma o Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Presión Alta
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Artritis Juvenil o Enfermedades Reumáticas
<input type="checkbox"/> Trastorno de espectro autista / Problemas de Integración Sensorial	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Síndrome de alcoholismo fetal	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Bipolar	<input type="checkbox"/> Impedimentos Físicos o Fracturas	<input type="checkbox"/> Deficiencia de lenguaje
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática

Otras enfermedades, hospitalizaciones o lesiones serias:

MEDICINAS:

FECHA DONDE FUE INICIADA	NOMBRE DE LA MEDICINA	CUANTO SE LE DA (DOSIS)	CUANDO SE LE DA (HORARIO)	PARA QUE LA TOMA? (PROPOSITO /DIAGNOSTICO)	CADA CUANTO SE TIENE QUE RELLENAR (REFILL)

Desarrollo sexual: (si aplica, indique la edad de la primera menstruación, encuentros sexuales, embarazos, etc.):

HISTORIAL DE DESARROLLO

Historia de Embarazo de la madre (cuidado prenatal, problemas físicos o mentales de los padres, abuso de drogas, complicaciones durante el embarazo o parto)

Infancia (edad 0-2) (retraso en el desarrollo, problemas al dormir, cólico, cirugías, desarrollo de motricidad, lenguaje, separación de la madre)

Prescolar (edad 2-4) (lenguaje, ida al baño, dormida, motricidad, lenguaje):

Niñez (edad 5-10) (amistades/relaciones sociales, comportamiento, ajuste a la escuela):

Adolescente (edad 11-18) (humor, cuidado personal/higiene, relaciones sociales):

HISTORIAL DE FAMILIA

Miembros de Familia (padres biológicos y adoptivos, hermanos, abuelos) Personas Significativas (mentores/familiares):

Nombre	Edad	Parentesco	Vive con el estudiante	Nivel Educativo	Carrera/Escuela	Calidad de la Relación

Información Adicional:

Lugares donde ha vivido (con sus padres, con familiares, orfanatos, casas de grupo, lugar residencial)

Donde duerme el estudiante (solo o con otras personas):

Por favor indique si el estudiante a estado sin hogar (homeless) y por cuanto tiempo:

Puntos de Unión/Habilidades de Familia:
Valores de Familia, Tradiciones y Creencias Especiales:
Historial de Abuso de alcohol o drogas familiar:
Historial de problemas físicos o mentales de la familia (depresión, esquizofrenia, problemas cardiacos, cáncer. etc):

HISTORIAL SOCIO-EMOCIONAL DEL ESTUDIANTE

Habilidades, hobbies, intereses, empleos:
Relaciones (familia, hermanos, compañeros, gangas, violencia domestica):
Humor (feliz, triste, deprimido, ansioso,):
Comportamiento (positivo, opuesto, agresivo, auto-daño):
Eventos Traumáticos (muertes, experiencias violentas, separaciones, accidentes) Favor indicar quien, cuando y donde:
Abuso sexual o físico (indique alguna intervención del Departamento de Niños y Familia) Favor indicar quien, cuando, donde y por cuanto tiempo:
Servicios Psicológico/Psiquiátrico (hospitalizaciones, “baker act”, medicamentos, terapia individual, terapia familiar) Por favor indicar las fechas y tipo de servicios:

HISTORIAL DE ABUSO DE DROGAS (si aplica)

Drogas	Las uso por primera vez	Ultima vez que fue usada	Frecuencia y Cantidad	Método (inhalado/injectado)
Tabaco/Cigarrillos				
PCP				
Alcohol				
Mariguana				
Cocaína (crack, polvo)				
Heroína				
Inhalantes				
Ecstasy				

Historial de Tratamiento:

HISTORIAL CRIMINAL (si aplica)

Ninguno En Probatoria Esperando Cargos Esperando cargos criminales

Historial de cargos criminales:

A sido expuesto a actividades de drogas ilícitas?

HISTORIAL EDUCATIVO DEL ESTUDIANTE

Escuelas a las cuales a asistido anteriormente:

Logros y Habilidades Académicas:

Preocupaciones Académicas (repitió un grado, dificultades en matemáticas, lectura, etc.):

Problemas de comportamiento (peleas, ausencias, referidos a la oficina):

Actividades adicionales dentro/fuera de la escuela (deportes, clubs, etc.)
Educación Especial (si o no)
Calidad de su relación con otros estudiantes
Calidad de su relación con miembros de la facultad de la escuela
Historial de Suspensiones
Metas Profesionales y Educativas:

Comentarios/Información Adicional

Firma de Padre/Guardián

Fecha