



Winton School District

## HISTORIAL DE LA SALUD

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_  M  F Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Niño vive con: \_\_\_\_\_ Total de niños en la Fam.: \_\_\_\_\_ Este niño es el numero: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA PRENTATAL, DEL PARTO Y DEL DESARROLLO:**

¿Como se sintió la madre durante el embarazo? \_\_\_\_\_ Mes de la primera cita al doctor: \_\_\_\_\_

¿Tomo medicamentos durante el embarazo?  Si  No ¿Que tipo? \_\_\_\_\_

¿Cualquiera de los siguientes durante el embarazo?  Tabaco  Alcohol  Drogas Tipo: \_\_\_\_\_

Edad de la madre durante el embarazo: \_\_\_\_\_ Edad del padre durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Complicaciones durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Parto:  Normal  Dificil  Cesárea (*planeada*)  Cesárea (*emergencia*)

Complicaciones durante el parto (*dificultad respirando, se uso oxigeno, etc.*): \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lb. \_\_\_\_\_ oz. ¿Cuanto permaneció el bebe en el hospital? \_\_\_\_\_

¿Tuvo algún problema el bebe durante el primer mes de su nacimiento?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

Historia de alimentación (*dificultad aumentando peso, alergias*)? \_\_\_\_\_

De edad aproximada cuando su hijo: \_\_\_\_\_

Gateo \_\_\_\_\_ Camino \_\_\_\_\_ Junto 3-4 palabras \_\_\_\_\_ Se enseñó ir al baño \_\_\_\_\_

### **HISTORIA MÉDICA (favor de marcar si su hijo ha tenido alguna de las siguientes):**

Accidentes  Dental  Emocional  Enfermedad del corazón  Problemas Durmiendo

Deficiencia de  Diabetes  Problemas de vista  Hospitalizado  Operaciones

Atención e hiperactivo

Alergias (tipo)  Problemas Digestivos  Quebraduras de huesos  Meningitis  Problemas de orín

Asma  Infección de oído  Preocupación de crecimiento  Convulsiones  Otro

Problema de  Problemas de comida  Lesiones en la cabeza  Problemas de la piel

Hueso/Articulación

Por favor explique las condiciones marcadas arriba: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DE COMPORTAMIENDO (favor de marcar las que aplique):**

Comportamiento Agresivo  Orina en la cama  Extremamente Destructivo  Tímido  Berrinches de Temperatura

Se chupa el dedo  Otro: (*explique las cajas marcadas*): \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:** Hay alguien en la familia quien tiene dificultad en la escuela? (*Por favor explique*): \_\_\_\_\_

### **ESTADO ACTUAL DE SALUD:**

**EXAMEN FÍSICO:** Fecha del ultimo examen físico: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

¿Actualmente se encuentra su hijo bajo cuidado medico?  Si  No Si, si, por que condición: \_\_\_\_\_

¿Actualmente su hijo esta tomando medicina?  Si  No Si, si, complete lo siguiente: \_\_\_\_\_

Nombre de medicina: \_\_\_\_\_ Cuanta toma: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre de medicina: \_\_\_\_\_ Cuanta toma: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

Tipo de seguro medico: \_\_\_\_\_

**DENTAL:** Fecha de ultima visita dental: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_

**VISION:** Fecha de ultimo examen de vista: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa lentes?:  Si  No Si, si, ¿cuando debe usar los lentes? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra cosa que usted piense que la escuela debe saber? \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_