

FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO PARA CENTROS DE SALUD ESCOLARES DE HEARTLAND

Nombre del alumno/a: _____

Fecha de nacimiento: __ / __ / ____

Historia Medico:

Indique si alguna vez su hijo ha sido hospitalizado..... **Sí No**
 En caso afirmativo explique aquí (incluso las fechas y motivos de la hospitalizacion):

Indique si su hijo ha tenido operaciones o cirugias..... **Sí No**
 En caso afirmativo explique aquí (incluso las fechas y la razon de la cirugía):

Indique si su hijo toma medicamentos..... **Sí No**
 En caso afirmativo por favor lista las medicamentos:

Indique si ha tenido su hijo alguna lesion grave..... **Sí No**
 En caso afirmativo, explique:

Indique si su hijo tiene alergia a medicamentos **Sí No**
 En caso afirmativo, por favor lista qual medicamentos:

Indique si su hijo tiene alergia a comida **Sí No**
 En caso afirmativo, por favor lista qual comidas:

Indique si su hijo tiene problemas de sangrando o moretones facilmente **Sí No**
 En caso afirmativo, por favor explique:

Historia Dental:

¿Ha notado alguno de los siguientes cambios en los dientes / boca de su niño? (**Marque todo lo que corresponda**)
 ___ Descoloración ___ Sangrado de Encias ___ Ulceraciones (heridas) ___ Infección ___ Dolor

¿Quién cepilla los dientes del niño? (**Marque todo lo que corresponda**) ___ Niño ___ Pariente ___ Padres ___ Hermano(a)

Family Medical History: Alguna persona en su familia (padres, hermanos, abuelos, tias/tios) ha tenido alguna condiciones medica? (**marque todo lo que corresponda**)

Asma	Problema de sangrado	Hipertension	Enfermedad cardiaca/Infarto	Muerte subita
Anemia	Cancer	Diabetes	Convulsiones/Epilepsia	Depresion
Trastorno emocional	Migrana	Colesterol elevado	Anemia de celulas falciforme	Prueba PPD positiva /TB

Anote cualquier preocupacion que usted tenga sobre la salud fisica o mental de su hijo/a **que desea que examinemos o tratemos en el centro de salud escolar**

 Nombre del padre/madre o tutor legal (use tetra de molde)

 Fecha

 Firma del padre/madre o tutor legal