

CITY OF MANCHESTER
Health Department - School Health Division

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE
(Completar por el Padre/Guardián)

Nombre (Completo legal): _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Género:** __M __F

Embarazo y Parto

¿Tuvo algún problema de salud durante su embarazo?

___ Sí ___ No

¿Hubo alguna complicación con el parto o nacimiento de este niño/a? ___ Sí ___ No

¿Cuáles fueron las complicaciones?

___ Prematuro(a)/Peso de nacimiento _____

___ Anoxia (el bebe no recibió suficiente oxígeno)

___ Eclampsia/pre-eclampsia (Presión de la madre alta)/Toxemia (hinchazón)

___ Cesárea

___ Síndrome de insuficiencia respiratoria

___ Meconio (las heces del bebé excretado cerca de o durante el nacimiento)

¿Estuvo enfermo el niño/a durante los primeros 3 meses de vida? ___ Sí ___ No

SALUD GENERAL Y CUIDADO DE SALUD

En general, diría que la salud de su niño es?

___ Excelente ___ Muy buena ___ Buena

___ Justa ___ Pobre

¿Alguna vez el doctor le ha dicho que su niño(a) tiene algunos de los siguientes?

___ Diabetes

___ Asma

___ Cardiopatía congénital

___ Síndrome de Down

___ Parálisis cerebral

___ Síndrome de Déficit Atencional (ADD o ADHD)

___ Retardación mental

___ Dificultades de aprendizaje

___ Retraso en el desarrollo _____

___ Anemia falciforme

___ Convulsiones

¿Su niño(a) está tomando alguna medicina? ___ Sí ___ No

Nombre de medicamento(s): _____

¿Alguna vez ha sido evaluado el comportamiento de su niño(a)?

___ Sí ___ No ___ IEP ___ 504 Plan

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Ojos, Oídos, Nariz y Garganta

___ Usa lentes

___ Tres o más infecciones oídos durante los 3 primeros años de vida

___ Tubos en los oídos

___ Pérdida de audición/Audífonos

___ Amigdalitis dos o más veces en un año

___ Hemorragias nasales frecuentes

ALERGIAS DE LA PIEL

___ Problemas con sarpullidos

___ Alergias o reacciones a medicinas o inyecciones

___ Alergia o reacción a la picada de abejas o mordida de insectos

___ Alergia a comidas / colorantes

Si es así, por favor explique: _____

¿Su niño/a tiene medicina para ello? ___ Sí ___ No

Nombre de medicamento(s) _____

GASTROINTESTINAL

¿Tiene su niño(a) algunos de los siguientes?

___ Falta de apetito

___ Sed excesiva

___ Dolores del estómago frecuentes

___ Diarrea frecuente

___ Problemas de estreñimiento

___ Problemas con los riñones

___ Problemas con la orina

___ Control de vejiga o intestinos en el día o la noche

Si es así, por favor explique _____

Otros Problemas y Enfermedades

¿Alguna vez su niño/a ha tenido algunos de los siguientes?

___ Varicela. Fecha de la enfermedad _____

___ Accidentes serios o lesiones

___ Huesos fracturados

___ Hospitalización con estadía durante la noche, además del parto

___ Exámenes especiales por problemas de salud

___ Cirugías

Si es así, por favor explique: _____

¿Su niño(a) ha vivido en una casa construida antes del 1950 con pintura descascarada? ___ Sí ___ No

___ ¿Alguna vez su niño(a) ha obtenido una prueba de plomo?

___ ¿Alguna vez su niño(a) ha recibido tratamiento para el envenenamiento por plomo?

Revisado por (Enfermera Escolar)

Fecha



CITY OF MANCHESTER
Health Department - School Health Division

**PERMISO PARA PROPORCIONAR
 & INTERCAMBIAR INFORMACIÓN
 CONFIDENCIAL**

Yo autorizo el intercambio de información detallada debajo entre el personal del Departamento de Salud de Manchester y:

Médico/Nombre de Organización: _____ Teléfono: _____

Dirección del Médico: _____ Fax: _____

Intercambio de información (circule todas las que apliquen):

Condiciones médicas Inmunizaciones Exámen físico Resultados de Tuberculosis

Resultados de Plomo Resultados de Hemoglobina/Hematócrito

Otro: _____

 Nombre del estudiante Fecha de nacimiento

 Otros nombres utilizados Dirección Escuela

Yo doy consentimiento al intercambio de la información descrita arriba. Más, autorizo que el personal del Departamento de Salud de Manchester comparta cualquier información de salud (incluyendo diagnóstico y tratamiento) pertinente al progreso del estudiante nombrado arriba con médicos y/o personal escolar al cual mi niño/a o yo pueda ser referido/a. Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento con una petición escrita al médico nombrado arriba. Entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización firmada.

Yo completé este formulario porque soy (Por favor circule uno)

Padre Guardián Legal Estudiante sobre 18 anos de edad

 Firma del estudiante/Guardián Legal /Padre Fecha

Esta autorización estará en efecto por el año actual: _____
 Fecha

Please send records to: _____

Attention: _____