

EVALUACIÓN INICIAL DE LA SALUD

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ GRADO: _____

DIRECCIÓN: _____

Este formulario es completado por: _____ Relación con el Estudiante: _____

TELÉFONO del Padre/Madre/Tutor: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

TELÉFONO del Padre/Madre/Tutor: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

TELÉFONO del Padre/Madre/Tutor: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

TELÉFONO del Padre/Madre/Tutor: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Número para dejar mensaje: _____ Mejor hora para llamar: _____

El estudiante vive con: Padre y Madre _____ Madre _____ Padre _____ Otro (explique) _____

Idioma hablado en la casa: Inglés _____ Otros: _____

Mi estudiante tiene la siguiente cobertura de atención médica: Medicaid: ___ CHP+ ___ Privada ___ Ninguna ___

EMBARAZO Y NACIMIENTO:

Mes durante el embarazo en el que empezó el cuidado médico: _____ Duración del Embarazo: _____

¿Tomó algún medicamento durante el embarazo?

Explique: _____

Duración del parto: _____ Peso de nacimiento: _____

¿El bebé se fue a la casa con la mamá? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Necesitó oxígeno el bebé después del nacimiento? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿El bebé se puso muy amarillo y necesitó tratamiento? Sí ___ No ___

Explique: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

¿Su hijo gateó a los 9 meses o antes? Sí ___ No ___

¿Su hijo caminó a los 18 meses o antes? Sí ___ No ___

¿Su hijo dijo algunas palabras a los 15 meses o antes? Sí ___ No ___

¿Hubo problemas con el equilibrio, coordinación? Sí ___ No ___

¿Hubo problemas con la motricidad fina? (botones, escribir a mano, recoger algo) Sí ___ No ___

¿Tiene otras preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo? Sí ___ No ___

Explique: _____

ENFERMEDADES, HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS Y/O ACCIDENTES:

Enfermedades Graves: _____

Hospitalización/Cirugías: _____

Accidentes/Lesiones: _____

Médico del Niño: _____ Fecha de la última cita: _____ Razón: _____

HISTORIAL DE LOS SISTEMAS DEL CUERPO:

DIENTES:

¿Tiene problemas dentales? Sí ___ No ___

Explique: _____

Fecha del último examen dental: _____ Dentista: _____

OÍDOS:

¿Su hijo tiene algún problema conocido de audición? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la audición de su hijo? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Infecciones del Oído? No ___ Sí ___ ¿Edad cuando empezaron? _____ ¿Cuántas al año? _____

¿En el último año? No ___ Sí ___ ¿Le pusieron tubos en los oídos? _____ ¿Cuántos? _____

OJOS:

¿Su hijo tiene problemas para ver? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Su hijo usa lentes/anteojos/lentes de contacto? Sí ___ No ___

¿Cuándo? _____

Fecha del último examen: _____ Nombre del Oculista: _____

CARDIACO:

¿Su hijo tiene algún problema del corazón? Sí ___ No ___

Explique: _____

¿Su hijo se fatiga fácilmente o tiene poca resistencia? Sí ___ No ___

Explique: _____

RESPIRATORIO:

- ¿Su hijo tiene algún problema respiratorio? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Su hijo es propenso a infecciones de las vías respiratorias superiores? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Su hijo tiene asma? Sí___ No___
 Explique: _____
 ¿Qué le causa el Asma?: _____
- ¿Usa inhalador, nebulizador, o medicamentos? Sí___ No___

GASTROINTESTINAL Y URINARIO:

- ¿Su hijo tiene problemas para ir al baño? Sí___ No___
 Explique: _____
- Moja la cama: Sí___ No___
- Estreñimiento: Sí___ No___
- Dificultad para aprender a ir al baño: Sí___ No___
- ¿Su hijo tiene necesidades o problemas dietéticos/alimenticios? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Su hijo tiene dolores de estómago frecuentes? Sí___ No___
 Explique: _____

ÓSEO Y MUSCULAR:

- ¿Su hijo se ha fracturado un hueso alguna vez? Sí___ No___
 ¿Cuándo y cuál? _____
- ¿Su hijo tiene alguna discapacidad física? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Hay alguna restricción para la actividad física? Sí___ No___
 Explique: _____

NEUROLÓGICO:

- ¿Su hijo ha tenido convulsiones alguna vez? Sí___ No___ Fecha de la última convulsión: _____
- ¿Su hijo tiene dolores de cabeza frecuentes? Sí___ No___ Explique _____
- ¿Su hijo ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza o una contusión cerebral? Sí___ No___
 Si estuvo inconsciente, ¿por cuánto tiempo? _____
 Después de la lesión: ¿Mareo?__ ¿Problemas de memoria?__ ¿Dolores de Cabeza? __
 ¿Fatiga?__
- ¿Fue al médico? Sí___ No___ ¿Cuál médico? _____
- ¿Fue hospitalizado? Sí___ No___ ¿Dónde? _____
- ¿Su hijo tiene problemas para dormir/a la hora de acostarse? Sí___ No___
 Explique: _____
- ¿Su hijo tiene una capacidad de atención limitada? Sí___ No___
- ¿Cree que su hijo se distrae fácilmente? Sí___ No___
- ¿Su hijo es impulsivo? Sí___ No___

ALERGIAS: (Identifique y explique)

- ¿Alergias a medicamentos? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____
- ¿Alergias a alimentos? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____
- ¿Alergias a picaduras de insectos/avispa/abejas? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____
- ¿Alergias ambientales? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____
- ¿Está viendo a un especialista en alergias? Sí___ No___ A qué/Reacciones: _____

MEDICAMENTOS:

- ¿Su hijo está tomando actualmente medicamentos (con o sin receta médica)? Sí___ No___
 Escriba el nombre, dosis y la hora: _____
- Este formulario puede ser utilizado para completar el expediente de mi estudiante en el sistema de información Sí___ No___

 Firma de la persona que llenó este formulario

 Fecha

Intérprete (si se aplica): _____