

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD

Estimado padre/madre/tutor,

En preparación para la próxima junta de IEP para revisar el programa de educación especial de su hijo/a, la información en un historial de salud actualizado nos ayuda a encargarnos mejor de las necesidades de su hijo/a en la escuela. Por favor conteste **TODAS** las preguntas sobre la salud de su hijo/a **durante el año anterior**. Cuando termine, entregue este formulario a la Oficina de Salud. Gracias.

Alumno/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Persona que llena el formulario: _____ Relación: _____

Número de teléfono preferido: () _____ Correo-e: _____

Doctor de Cabecera Actual: _____ Teléfono: () _____

Otro(s) Médico(s): _____ Teléfono: () _____

Consejero/Terapeuta Actual (si le corresponde) _____ Teléfono: () _____

Nombre del seguro: _____ Ninguno Me gustaría ayuda para obtener seguro

Mi hijo/a usa lentes para: distancia lectura uso continuo Último examen de la vista (fecha) _____

Durante el año anterior, ¿tuvo su hijo/a alguna infección de oído, tubos u otros problemas de audición? _____

¿Tiene su hijo/a problemas dentales? _____ Fecha del último examen dental _____

¿Cuántos alimentos diarios come su hijo/a? _____ ¿Cuántas porciones diarias de leche? _____

¿Su hijo/a necesita una dieta especial? Si es así, por favor especifique _____

¿Su hijo/a come una variedad de comidas (frutas, verduras, carne, etc.)? _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la nutrición de su hijo/a? _____

Hora normal de acostarse las noches de escuela _____ PM Hora normal de acostarse los fines de semana _____

Normalmente se despierta a las _____ AM por su cuenta con alarma por su padre/madre/tutor

Mi hijo/a no tiene dificultades para dormir tiene dificultades para dormir/quedarse dormido/a

dificultades para despertarse pesadillas frecuentes

¿Su hijo/a participa en equipos deportivos? _____

¿Es activo/a su hijo/a fuera de la escuela? _____ ¿Tiene restricciones para las actividades? _____

¿Durante el año anterior, su hijo/a fue observado o hospitalizado debido a una herida de la cabeza o una contusión cerebral? Sí No Si es así, por favor explique _____

¿Tiene alguna preocupación sobre el nivel de actividad de su hijo/a? Sí _____ No

Por favor anote las actividades extracurriculares de su hijo/a (scouts, lecciones de música, clubs, etc.) _____

Promedio del nº de horas en la computadora _____ juegos de video _____ viendo la tele _____

¿Tiene preocupaciones sobre el alcohol, el hostigamiento, las drogas, la actividad sexual, o si fuma su hijo/a? _____

Mi hijo/a constantemente lleva puesto: el cinturón en el auto bloqueador solar un casco equipo protector

Durante el año anterior, ¿ha tenido su hijo/a alguna enfermedad severa, herida, cirugía u hospitalización? Sí No Si es así, por favor explique, incluyendo las fechas aproximadas, el tratamiento y los resultados. _____

Por favor anote los diagnósticos médicos y psiquiátricos abajo o marque **NINGUNO**

Diagnóstico	Nombre del doctor/la clínica	Fecha de la última visita

Por favor anote las medicinas abajo o marque **NINGUNA**

Nombre de la medicina	Recetada para (ej. asma, alergias, ADHD, convulsiones)	Dosis (mg, inhalaciones)	Cuándo se toma (por la mañana, cuándo se necesite, dos veces al día, al acostarse)

Por favor anote las alergias que conozcan (ambiente, comidas, insectos, medicinas, etc.) o marque **NINGUNA**

Alergias a:	Reacción (mucosidad, comezón, ronchas, sarpullido, dificultad respiratoria, vómito, etc.)

Comentarios o Preocupaciones Adicionales

Por favor anote cualquier otra información que piense que sea importante que sepamos sobre su hijo/a para mejor encargarnos de sus necesidades y cualquier preocupación que tenga sobre la salud, nutrición, vista, audición, condición dental de su hijo/a, etc.