

# HISTORIAL COMPLETO DE SALUD Y DESARROLLO

Alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Persona que llena el formulario: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: ( ) \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

Doctor Actual de Cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Otro(s) Médico(s): \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Consejero/Terapista Actual (si corresponde) \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_  Ninguno  Me gustaría ayuda para obtener seguro

Mi hijo/a usa anteojos/lentes de contacto para:  distancia  lectura  uso continuo

Último examen de la vista (fecha) \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a historial de infecciones 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? \_\_\_\_\_

¿Necesita su hijo/a una dieta especial? Si es así, por favor especifique \_\_\_\_\_

¿Come su hijo/a diversas 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

¿Participa su hijo/a en equipos deportivos? \_\_\_\_\_

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

¿Ha tenido su hijo/a una contusión cerebral o ha estado bajo observación debido a una herida de la cabeza?

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 # de horas en la computadora \_\_\_\_\_ juegos de video \_\_\_\_\_ viendo la tele \_\_\_\_\_

¿Ha repetido o tenido dificultad su hijo/a en algún grado?  Sí - grado(s) \_\_\_\_\_  No

¿Ha faltado mucho su hijo/a a la escuela?  Sí - razón \_\_\_\_\_  No

¿A cuántas escuelas ha asistido su hijo/a? 1 2 3 4 5 6

Por favor anote todas las personas que viven en la casa con el/la alumno/a

Nombre	Relación al alumno	Edad	Si esta persona tiene algún problema médico, emocional o de aprendizaje, por favor especifique

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

Mi hijo/a constantemente usa:  el cinturón de seguridad  bloqueador solar  un casco  equipo protector

¿Tuvo la madre algún problema médico durante el embarazo?  Sí- \_\_\_\_\_  No  
 La madre usó  medicina- \_\_\_\_\_;  alcohol;  drogas - \_\_\_\_\_;  cigarrillos;  nada  
 ¿Es posible que la madre haya consumido bebidas alcohólicas antes de saber que estaba embarazada?  Sí  No  
 ¿Hubo dificultades con el embarazo?  Sí- \_\_\_\_\_  No  
 ¿Fue difícil la labor de parto/el parto?  Sí- \_\_\_\_\_  No  
 Parto:  vaginal  fórceps  aspiración  cesárea  programado  emergencia  falta de progreso  
 El bebé nació:  a término  prematuro \_\_\_\_\_ semanas de gestación  post-término \_\_\_\_\_ semanas  
 Sólo  Gemelo  Trillizo  Otro \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz  
 ¿Nació con algún defecto?  Sí - \_\_\_\_\_  No  
 Meconio  Apnea  Dificultades respiratorias  Necesitó oxígeno  Ictericia  Necesitó incubadora  
 Dificultades alimenticias ¿Fue amamantado?  Sí (¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_)  No  
 ¿Salió el/la bebé del hospital a la casa con la mamá?  Sí  No, porque \_\_\_\_\_

### Historial de Desarrollo

(edad promedio en paréntesis)	Antes	Promedio	Tarde	(edad promedio en paréntesis)	Antes	Promedio	Tarde
Se sentó sólo/a (6-11 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gateó (6-10 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su primera palabra (9-13 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminó sólo/a (11-15 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juntó palabras (15-28 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supo usar el baño (24-36 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Historial Médico

Problema o Diagnóstico	Nunca	Antes	Actualmente	Detalles
Accidentes				
ADHD				
Anemia				Tipo:
Ansiedad				
Artritis				
Asma				
Conducta				
Vejiga/riñones				
Trastornos de sangrado				
Control de intestino/vejiga				
Huesos fracturados				
Cáncer				
Depresión				
Diabetes				
Uso de Drogas/Alcohol/Tabaco				
Emocional				
Ojos/Vista				
Desmayos				
Gastrointestinal				
Dolor de cabeza/Migrañas				
Audición				
Corazón/Cardiaco				
Fiebres altas				
Menstruación				
Muscular				
Neurológico				
Ortopédico				
Respiratorio/Catarros frecuentes				
Convulsiones				
Auto-heridas (i.e., cortarse)				
Heridas severas de la cabeza				
Trastornos de la piel/sarpullido				
Roncar				
El habla				
Pensamientos o intentos suicidas				
Tiroides (hipo / hiper)				
Otro				

¿Es conocido su hijo/a por alguna agencia comunitaria (CCS, Regional Center, etc.)?  Sí - \_\_\_\_\_  No

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

Diagnóstico	Fecha del Diagnóstico	Nombre del doctor/clínica

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 encargarnos mejor de sus necesidades y cualquier preocupación que tenga sobre la salud, nutrición, vista, audición, condición dental de su hijo/a, etc.

\*\*Por favor llene el reverso de esta página y entréguela a la enfermera escolar \*\*

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PARA Y DE LA ESCUELA**

Llenar este documento autoriza revelar y/o usar la información de salud individual identificable, como se detalla abajo, conforme a las leyes de California y Federales (ej. HIPAA) sobre la privacidad de dicha información. No proveer toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

**INFORMACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN:**

Nombre del  
Paciente/Alumno:

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de  
Nacimiento

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a (nombre del proveedor de cuidado de salud, plan de salud y/o agencia):

a que provea información de salud del expediente médico del niño nombrado arriba a y de:

Escuela a la que se divulga

Dirección / Ciudad y Estado / Código Postal

Persona de contacto del distrito

Teléfono y Número de fax

La divulgación de la información de salud se requiere para el siguiente propósito:

La información solicitada se limitará a lo siguiente:

- Todos los datos mínimos necesarios sobre la información de salud; o
- Información específica sobre la enfermedad según se describe:

**DURACIÓN:**

Esta autorización estará vigente inmediatamente y seguirá vigente hasta o por un año después de la fecha de firma si no se anota una fecha.

(fecha)

**RESTRICCIONES:**

Las leyes de California prohíben al Solicitante divulgar más información sobre mi salud a menos que el Solicitante obtenga otro formulario de autorización de mi parte o a menos que tal divulgación sea requerida específicamente o permitida por la ley.

**DERECHOS DE PADRES/TUTORES:**

*Comprendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmado por mí o a mi nombre y entregada a las agencias de cuidado de salud/personas nombradas arriba. Mi revocación estará vigente al ser recibida, pero no vigente al punto que el Solicitante u otros hayan tomado acción dependiendo de esta Autorización.*

**DERECHOS DE ALUMNOS:**

*Los alumnos entre los 12 y 18 años de edad deben firmar este formulario para aprobar la divulgación de información sobre la salud mental y la planificación familiar.*

**VOLVER A DIVULGAR:**

Comprendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información según está prescrito por el Decreto de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y que la información será parte del expediente educativo del alumno. La información se compartirá con los individuos trabajando en o con el Distrito Escolar con el propósito de proveer ambientes educativos seguros, adecuados y menos restringidos y servicios y programas de salud escolar.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Se puede requerir la firma en esta Autorización para que el alumno reciba los servicios adecuados en el ambiente educativo.

**APROBACIÓN:**

Nombre Impreso del Padre/Madre/Tutor

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

Relación al Paciente/Alumno

Código del área y Número de teléfono

Nombre Impreso del Alumno

Firma del Alumno

Date