

Distrito Escolar Municipal de Cleveland

Forma para la historia médica del estudiante

(Los padres deben completar esta forma)

Nombre del Niño o Niña	Fecha de Nacimiento	Edad	Salón Hogar
------------------------	---------------------	------	-------------

1. Problemas de Salud: Marque todos los problemas de salud que su niño o niña ha tenido:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Curvatura espinal anormal
<input type="checkbox"/> Alergias o Fiebre de Heno (Hay Fever)
<input type="checkbox"/> Condición Pulmonar
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o de Comportamiento
<input type="checkbox"/> Deformaciones de Nacimiento o Congénitas
<input type="checkbox"/> Cancer, (Qué Tipo) _____
<input type="checkbox"/> Fibrosis Cística
<input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo I/ Tipo II)
<input type="checkbox"/> Infecciones de Garganta Frecuentes
<input type="checkbox"/> Problemas del Abdomen/Hernia
<input type="checkbox"/> Se orina encima (de día/de noche)
<input type="checkbox"/> Infecciones de la Orina (Frecuentes)
<input type="checkbox"/> Infecciones de Oídos (Frecuentes)
<input type="checkbox"/> Eczema
<input type="checkbox"/> Preocupaciones en como el niño/la niña se relaciona con otros niños | <input type="checkbox"/> Condición Cardíaca
<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Condición Renal (riñones)
<input type="checkbox"/> Meningitis/Encefalitis
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Ataques Epilépticos
<input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia o anemia perniciososa
<input type="checkbox"/> Erupciones de la Piel Frecuentes
<input type="checkbox"/> Diarrea Crónica
<input type="checkbox"/> Estreñimiento Crónico
<input type="checkbox"/> Se defeca en la ropa
<input type="checkbox"/> Tics Nerviosos
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Tubos P.E.
<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Artritis |
|--|--|

Comentarios sobre los arriba mencionados: _____

2. Enfermedades y Problemas Físicos: Anote todos los que el niño/la niña ha padecido o sufrido.

Enfermedades/Condiciones Físicas	Edad del Niño/la Niña	¿Fue el niño la niña hospitalizado/a?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Comentarios: _____

Medicamentos:

¿Recibe el niño medicamento diariamente? Si es así, ¿qué clase? _____
 ¿Recibe el niño medicamento con frecuencia? Si es así, ¿qué clase? _____

3. Actividad Física del Niño:

¿Es el niño bien activo _____, normalmente activo _____, o inactivo? _____
 ¿Usa el niño espejuelos? _____ Última vez que se examinó: _____

¿Le preocupa por la manera que su hijo o hija se relaciona con otros niños? _____

¿Tiene otros comentarios o preocupaciones sobre la salud del niño/la niña? Si es así, favor de explicar:

¿Usa su niño o niña los cinturones de seguridad cuando viaja en automóvil? Sí _____ No _____

Fecha del último examen físico _____ Fecha del último examen dental _____

Firma de la persona que completó esta forma: _____

Parentesco con el niño/la niña: _____