

Oakdale Joint Unified School District

Oakdale, CA 95361

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre _____ Escuela: _____ Fecha: _____

Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Ciudad de Nacimiento: _____ Estado: _____ Condado: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Teléfono de Casa: _____

HISTORIA MÉDICA (Información necesaria para asegurar la salud y seguridad de su niño será compartida con el personal apropiado)

- Se cansa fácilmente Tiene una condición de la piel Infección estafilococos/MRSA Limitación física
Enfermedad de la vejiga/riñones Hepatitis Problemas del Oído Defectos de nacimiento
Enfermedad del Corazón Lesión en la cabeza/concusión Preocupaciones / problemas con los intestinos
Desorden genético Convulsiones Diabetes 1 o 2 Asma
Preocupaciones por el peso Alergia a las Abejas Preocupación sobre el habla Se Desmaya
Alergias a las comidas Alergias al Látex Otro

Otras operaciones, heridas, o alergias y la edad en la que ocurrió: _____

Recomendaciones del Doctor por cualquiera de estas: _____

Nombre del Doctor de su Niño: _____ Teléfono: _____

¿Esta su niño bajo cuidado de un doctor en estos momentos? Sí No Si la respuesta es sí ~ ¿Porque?

¿Esta su niño tomando medicamentos con frecuencia? Sí No Si la respuesta es sí, ¿que medicamento esta tomando?

¿Ha estado su niño expuesto a la tuberculosis? Sí No ¿Ha recibido la prueba de tuberculina en la piel? Sí No

¿Le han tomado a su niño radiografías del pecho? Sí No

¿Cuál de estas cosas ha observado usted en su niño? Por favor marque todo lo que aplica.

- Juega bien con otros Se enoja fácilmente Se chupa el dedo Lloro fácilmente
Comparte con otros Se desanima fácilmente Se muerde las uñas Demasiado activo
No se junta con los demás Es desconfiado Moja la cama Es temeroso o preocupado
Tropieza o se le caen las cosas frecuentemente Busca amistades Sigue instrucciones Ansioso

¿Qué clase de disciplina es más efectiva para controlar el comportamiento de su niño? _____

¿Qué actividad (o actividades) le gustan más a su niño? _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

Peso al nacer _____ Medida al nacer _____ Problemas/complicaciones _____

¿Recibió la mama cuidados médicos prenatales durante su embarazo? Sí No

¿Nació el niño a término completo? Sí No Si la respuesta es "No" por favor explique _____

¿Fue un parto normal? Sí No Si la respuesta es "No" por favor explique _____

¿Se utilizaron pinzas? Sí No

¿Tuvo el bebe problemas para respirar al nacer? Sí No ¿Se le dio oxígeno? Sí No

¿Fue el bebe a casa con su mama? Sí No Si no por favor explique _____

¿Qué edad tuvo el niño/niña cuando empezó a caminar? _____ (Meses) ¿Hablar? _____ (Meses)

EXAMINACIONES

Fecha del último examen físico: _____

¿Ha sido su niño examinado por un optometrista? Sí No Si marco "Sí", indique la fecha del ultimo examen _____

¿Ha sido su niño examinado alguna vez por un dentista? Sí No Si marco "Sí", indique la fecha el ultimo examen _____

SI ALGUNA VEZ HAY UN CAMBIO EN LA SALUD DE SU NIÑO, QUE AFECTA LA HABILIDAD DE SU NIÑO DE PARTICIPAR EN EDUCACIÓN FÍSICA, O SI ÉL/ELLA NECESITA TOMAR MEDICAMENTOS REGULARMENTE, (Código Educativo No. 102020) ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES DE NOTIFICAR A LA ESCUELA. POR FAVOR PIDA LOS FORMULARIOS QUE SE REQUIEREN CUANDO LOS NECESITE, SI ESTAS SITUACIONES EXISTEN O SE MANIFIESTAN

Si usted quiere tener una conferencia con cualquiera de los siguientes empleados de escuela por favor marque aquí:

Enfermera Psicólogo de la Escuela Técnico del Habla Consejero

MIEMBROS DE FAMILIA (Cercanos – Incluyendo los Padres):

Nombre Género Fecha de Nacimiento y Lugar Relación al Niño Ocupación o Grado

Table with 6 columns: Name, Gender, Birth Date and Location, Relationship to Child, Occupation or Degree. Multiple empty rows for data entry.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____