

**CENTRO DE SALUD EN LAS ESCUELAS
HISTORIA DE SALUD ESCUELA PRIMARIA**
School year _____

Nombre _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento _____
Mes/día/año Edad _____ Grado escolar ____ # de Identificación escolar _____

Fecha de hoy _____
Mes/día/año Escuela _____

La información que usted nos da es **estrictamente confidencial** (excepto si hay peligro de que se suicide, o de que le haga daño a alguien, o de que sea necesario reportar abuso). El propósito es de ayudarnos a prestarle mejor servicio. Le pedimos que llene la forma completamente, pero usted puede dejar de contestar las preguntas que usted no desee contestar.

Información Familiar	
Su nombre	Cual es su relación con el niño descrito arriba
1. ¿Con quien vive su niño? (marque con todos los que vive) _____ los dos padres _____ madrastra _____ Solo _____ madre _____ padrastro _____ hermano(s)/edades: _____ _____ padre _____ guardian _____ hermana(s)/edades: _____ _____ padres adoptivos _____ otro (explique) _____	
2. ¿Alguien mas cuida a su niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si la respuesta es si, quien? _____	
3. ¿Su niño tiene algun problema médico? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Si la respuesta es si, cual? _____	
4. ¿A donde lleva a su niño cuando está enfermo? _____	
5. ¿A donde lleva a su niño para el cuidado de los dientes? _____	
6. ¿Es su niño alérgico a alguna medicina? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Si la respuesta es si, a cual? _____	
7. Esta su niño tomando alguna medicina? (sin receta, con receta, homeopática o hierbas)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Si la respuesta es si, que? _____	
8. ¿Su niño ha sido hospitalizado o lo han operado? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Si la respuesta es si, cuando? _____ donde? _____ por qué? _____	
9. ¿Tiene alguna preocupación acerca de su hijo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Si la respuesta es si, cual? _____	
10. ¿Los padres del niño estan: (por favor haga un círculo alrededor) casados separados divorciados sin casarse ¿Si son divorciados, cuando? _____	
11. ¿Los padres del niño trabajan fuera de la casa? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Si la respuesta es si, que tipo de trabajo hacen ellos? madre _____ padre _____	

Historia Médica Familiar

12. ¿La madre, el padre, los hermanos o los abuelos del niño tienen alguno de los siguientes problemas?,

¿Si si, Quien? _____

¿Si si, quien? _____

Presion alta	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Problemas de los pulmones	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	Problemas de los nervios	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Asma	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	Problemas con el alcohol	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	Problemas con las drogas	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Cancer	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	Otros? Si la respuesta es si , cuales?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Aborto no provocado	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>				<input type="text"/>

Habitos familiares de salud

13. ¿Que tan a menudo usa su niño el cinturón de seguridad (silla de seguridad para los bebés)? (Por favor señale su respuesta)

- A. Nunca B. Raramente C. Algunas veces D. A menudo E. Siempre

14. ¿Su hijo maneja bicicleta, patineta o patines? Yes No

Si la respuesta es si, con tanta frecuencia usa el casco? (Por favor haga un círculo alrededor)

- A. Nunca B. Raramente C. Algunas veces D. . A menudo E. siempre

15. ¿Su niño necesita información (extraños, desconocidos o fósforos, etc.)? Yes No

16. ¿Cuántas horas duerme su niño cada noche? _____ hours.

17. ¿Cree que vive en un lugar inseguro? Yes No

18. ¿Ha habido alguno de los siguientes cambios en su familia?: (marque todos los cambios)

- ___ mudarse ___ muerte de un familiar ___ violencia o un accidente grave
 ___ Abuso sexual, físico o emocional ___ Pérdida del trabajo ___ nacimiento ___ otro

19. ¿Tiene un arma en su casa? Yes No

¿Si la respuesta es si, esta con seguro? Yes No

20. ¿Alguien fuma en su casa? Yes No

21. ¿Usted fuma? Yes No

¿Si la respuesta es si, cuantos cigarillos al dia? _____ cigarillos al dia

Historia Escolar

22. ¿Estuvo su niño en un pre-escolar? Yes No

23. ¿Tiene alguna preocupación sobre como le va a su niño en la escuela? Yes No

¿Si la respuesta es si, que? _____

24. ¿Tiene alguna preocupación sobre la relación de su niño con los maestros? Yes No

25. ¿Tiene alguna preocupación sobre la relación de su niño con estudiantes? Yes No

26. ¿Tiene preocupaciones sobre la relación de su niño con sus hermanos u otros miembros de la familia? Yes No

27. ¿Si su niño tiene más de cuatro años, nos podría decir si él tiene un mejor amigo? Yes No

28. ¿Su niño participa en deportes o ejercicios? Yes No

Si la respuesta es si, cual? _____ **que tan a menudo?** _____ **por cuanto tiempo?** _____

Historia Médica

Marque si su niño tienen alguno de los siguientes problemas:

Constitución /endocrinológico

- Muy cansado o soñoliento
- Fiebre/escalofrío/sudar excesivamente
- Perdida o ganancia de peso inexplicable

Ojos

- Bizco/vista borrosa /torcidos
- Ojos enrojecidos, lagañas
- Problemas de visión

Oídos/Nariz/Garganta

- Voz muy fuerte
- Dificultad para oír
- Respiración por la boca/roncar
- Mal aliento
- Le chorrean mocos frecuentemente
- Problemas con los dientes/encías
- dolor de garganta

Respiratorio

- Toz/jadea
- Le falta la respiración

Gastrointestinal

- Náusea/vomitarse/diarrea
- Estreñimiento
- Sangre en la materia fecal

Cardiovascular

- Se cansa fácilmente con el ejercicio
- Le falta la respiración
- Desmayarse

Sangre/Linfático

- Masa que no se puede explicar
- Le salen moratones fácilmente/sangra

Genital -urinario

- orinarse en la cama
- orina frecuentemente
- dolor cuando orina
- Flujo: por el pene o la vagina

Neurológico

- dolor de cabeza
- debilidad
- ?
- Historia de golpe en la cabeza/desmayos/contusión

Músculo/esqueleto

- Dolor en los Músculos/articulaciones
- Espina torcida

Alergia

- Comezón en los ojos/ojos llorosos
- Otras alergias

Piel

- Picazón
- lunares inusuales

De desarrollo/ emocional

- Problemas de lenguaje
- Ansiedad /tensión
- Problemas para dormir/ pesadillas
- Depresión
- Comerse las uñas/chuparse el dedo
- Coraje/parar de respirar/celoso
- Dificultad poniendo atención
- Dificultad para seguir reglas

Nutricional/habitos con la comida

- Alergias
- Antojos/Pica
- Comer demasiado
- Comer poco
- envenenamiento por plomo

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted si la necesitamos? Teléfono# _____ Celular# _____

Dirección _____

¡Gracias!

Reviewed by: _____ Date: _____
Referred to: _____

Hlth hx Spanish 8.06/07