Historial de Salud
(Preescolar hasta Sexto Grado)

Nombre del estudiante:_____ Fecha de nacimiento:_____ Sexo: M ☐ F ☐

Nombre del padre/tutor: _____ Dirección:_____

Teléfono del Padre/Tutor:_____ Fecha:_____

Instrucciones para los Padres/Tutores: La siguiente información se solicita para ayudarnos a satisfacer las necesidades de salud de su estudiante en la escuela. La información que usted proporciona puede ser compartida con el personal de la escuela según sea necesario para promover la seguridad y el éxito educativo de su estudiante. Comuníquese con la enfermera de la escuela si tiene preguntas. Devuelva el formulario completo a la oficina de salud de la escuela.

A. Estado de salud actual

1. ¿Su hijo toma medicamentos o suplementos con regularidad? ☐ No ☐ Sí
   Enumere:

2. ¿Su hijo ha sido diagnosticado recientemente con alguna condición (ya sea física o de salud mental) y está recibiendo tratamiento?
   ☐ No ☐ Sí
   Enumere las condiciones y tratamientos:

3. ¿Su hijo tiene alergias? ☐ No ☐ Sí
   Enumere:

4. Fecha del último examen médico _____

5. Fecha del último examen dental _____

6. ¿Su hijo tiene cobertura de seguro médico vigente? ☐ No ☐ Sí

7. ¿Desea obtener más información sobre el programa estatal de seguro de salud? ☐ No ☐ Sí

B. Verifique las condiciones que su hijo ha experimentado

☐ Asma	☐ Eccema	☐ Dolores de cabeza recurrentes
☐ Problemas de equilibrio y coordinación	☐ Dolores de cabeza (incluidas migrañas)	☐ Enfermedad/afecciones respiratorias
☐ Trastornos hemorrágicos	☐ Trauma craneal o conmoción cerebral	☐ Fiebre reumática
☐ Huesos rotos	☐ Problemas cardíacos	☐ Alergias alimentarias graves
☐ Varicela	☐ Problemas renales/problemas urinarios	☐ Problema para dormir
☐ Convulsiones o ataques epilépticos	☐ Pérdida del conocimiento	☐ Se cansa fácilmente
☐ Diabetes	☐ Hemorragias nasales	☐ Visión/Oido

Si ha marcado alguno de los puntos anteriores, describa: