



**DISTRITO ESCOLAR DEL  
CONTADO DE TETON #1**

**HISTORIA CLINICA**

Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Masc. Fem.**

**Madre/ Guardián:** \_\_\_\_\_ **Padre/ Guardián:** \_\_\_\_\_

**El estudiante vive con:** \_\_\_\_\_

**Nombre del doctor del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del dentista del estudiante:** \_\_\_\_\_

**¿Qué tipo de cobertura tiene el estudiante en relación a su salud?**

Seguro de su trabajo \_\_\_\_\_ Medicaid/Kid-Care \_\_\_\_\_ No tiene seguro médico \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**¿Su hijo(a) toma alguna medicina? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Si su respuesta es sí, por favor dé el nombre de la medicina:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene su hijo(a) algún problema se salud? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

¿Tiene su hijo(a) problemas de: Déficit de Atención/Hiperactividad \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_  
Corazón/Pulmón \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Oído \_\_\_\_\_ Visión \_\_\_\_\_ Riñones/Vejiga \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_  
Estómago/Intestino \_\_\_\_\_ Emocional/Depresión \_\_\_\_\_ Neurológicos \_\_\_\_\_ Dolores de Cabeza \_\_\_\_\_  
Músculo/Hueso/Tejido Fino Suave \_\_\_\_\_  
Golpe o herida en la cabeza \_\_\_\_\_? (fecha) \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_

**Fecha de la última visita al doctor:** \_\_\_\_\_ Chequeo de rutina: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Herida: \_\_\_\_\_

**Fecha de la última visita al dentista:** \_\_\_\_\_ Visita de rutina: \_\_\_\_\_ Herida: \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha estado su hijo(a) hospitalizado(a) o ha tenido cirugía? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Por favor explique:** \_\_\_\_\_

**Desarrollo de su hijo(a)**

¿Hubo complicaciones en el embarazo o durante el parto? \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema en el desarrollo de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Gateando/Caminando \_\_\_\_\_ Hablando \_\_\_\_\_ Yendo al baño solo/a \_\_\_\_\_ Ningún problema \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

Alguna persona en su familia tiene historia de: (marque con una X y por favor indique el parentesco al estudiante, por ejemplo: tío, tía, abuelo, mamá, etc.)

Diabetes \_\_\_\_\_ Presión alta \_\_\_\_\_ Enfermedades del corazón \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_ Problemas de aprendizaje \_\_\_\_\_ Retraso mental \_\_\_\_\_ Defecto al nacer \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Hermanos y hermanas: Nombre, edad, escuela

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Hay algo más que le gustaría que la enfermera sepa acerca de su hijo(a)?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Padre, madre o guardián

Fecha