

Flemington – Raritan Escuelas Regional  
Departamento de Servicios Especiales – Historia de Salud Estudiantil

Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento. \_\_\_\_\_

**1. Historia de Desarrollo – Hubo cualquier problema durante:**

Indique:✓	Si*	No	*Explicación sí respuesta es “Si”
a. Durante el embarazo			
b. Durante el parto			
c. Los primeros meses de infancia			
d. Los primeros años de niñez			

**2. Ha su niño/a tenido cualquier:**

Indique:✓	Si*	No	*Explicación sí respuesta es “Si”
a. condición seria de medico			
b. condición seria de enfermedad			
c. heridas serias			
d. hospitalizaciones			
e. cirugía/operaciones			

**3. Ha su niño/a tenido**

Indique:✓	Si*	No	*Explicación sí respuesta es “Si”
a. Varicela			
b. Hepatitis			
c. Meningitis			
d. Mononucleosis			
e. Pulmonía			
f. Fiebre Reumática			
g. Tuberculosis			
h. Strep (infección de la garganta)			
i. Enfermedad de Lyme			
j. Cualquier otra enfermedad contagiosa			Enfermedad - Fecha-

(Continuada detrás)

**4. Tiene su niño/a cualquier historia de:**

Indique: ✓ Si No

a. Alergias (medicamentos, comidas, picaduras de insectos, picadura de abejas, polen, otro.)		
b. Asma		
c. Enfermedad de sangre (hemorragias)		
d. Problemas de intestinal		
e. Condición cardiaca (corazón)		
f. Defecto congénito (de nacimiento)		
g. Convulsiones, epilepsia o apoplejía		
h. Condición o infección de oído, liquido en el oído 3 veces o mas		
i. Eczema, soriasis o cualquier condición de la piel		
j. Defecto/condición genital		
k. Problemas en oír		
l. Problemas de riñón o urinarios		
m. Problemas o enfermedades musculares		
n. Problemas o enfermedades neurológicos		
o. Problemas o enfermedades ortopédicas		
p. Problemas de habla		
q. Problemas de vista, usa gafas/lentes de contacto (razón por el uso de las gafas/lentes de contactos y cuando están en uso		
r. Cualquier condición corrientemente bajo cuidado medico		
s. Cualquier condición para la cual un medico ha avisado que el estudiante no participe en educación física		
t. Necesita tomar medicamentos diariamente		
u. Necesita tomar medicamento de emergencia		

**Cualquier respuesta de “SI” requiere una explicación:**

Pregunta Num. \_\_\_\_ Explicación \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pregunta Num. \_\_\_\_ Explicación \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pregunta Num. \_\_\_\_ Explicación \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor ponga cualquier otra información que completaría la historia de salud para este niño.

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

POR FAVOR NOTE: la información de salud será compartida con todos los empleados que necesiten saber, a menos que la oficina de salud sea notificada. Padres/Guardianes son responsables de notificar la oficina de salud de cualquier cambio de salud del niño/a.

Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_