

Escuela del municipio de Bedminster
Historia de salud

Nombre completo del niño:

(Apellido Nombre)

(Segundo nombre)

(Apodo)

(Fecha de nacimiento)

(País de nacimiento)

Grado _____

Complete el siguiente historial médico. **Da fechas**, si es posible.

¿Ha tenido su hijo alguna vez lo siguiente? **En caso afirmativo, explique** :

1. Accidente (s) _____

2. Reacciones alérgicas (incluyen picaduras de abejas, alimentos o medicamentos, etc.)

Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, explique** _____

¿Alguna vez su hijo necesitó medicamentos o atención médica en el pasado por una reacción a una picadura de abeja o alergia a los alimentos? Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, proporcione detalles** : _____

3. Ataque de asma: Sí _____ No _____ Otras infecciones respiratorias: Sí _____ No _____

Explique _____

4. Enfermedad o lesión de los huesos o articulaciones: Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, explique** _____

5. Enfermedades transmisibles (especificar): _____

6. Convulsiones o convulsiones: Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, explique** _____

7. Diabetes: _____

8. Problemas dentales: Sí _____ No _____ **Explique** _____

9. Infecciones de oído: Sí _____ No _____ Tubos de oído: Sí _____ No _____ Fecha _____

¿Su hijo tiene problemas de audición? Sí _____ No _____

¿Su hijo usa audífonos? Sí _____ No _____

¿Su hijo tiene un problema de habla / lenguaje? Sí _____ No _____

10. Accidente (s) Infecciones frecuentes de garganta: Sí _____ No _____

11. Dolores de cabeza frecuentes: Sí _____ No _____

12. Problemas renales o del tracto urinario: Sí _____ No _____ **Explique si es así**

13. Diabetes Problemas cardíacos / soplos / fiebre reumática: Sí _____ No _____

Explique _____

14. ¿Tiene su hijo algún problema de visión? Sí _____ No _____

15. ¿Su hijo usa anteojos? Sí _____ (cuando) _____ No _____

16. ¿Tiene su hijo algún problema o limitación neuromuscular? Sí _____ No _____

Explique si es así _____

17. ¿Su hijo tiene retrasos en el desarrollo o le han diagnosticado algún síndrome?

Sí _____ No _____ **Explique si es así** _____

18. ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado? Sí _____ No _____ **En caso afirmativo, indique cuándo y el motivo** _____

19. ¿Qué medicamento, si es que toma alguno, toma su hijo? _____

20. ¿Tiene su hijo alguna limitación física actual que pueda requerir modificaciones o restricciones del programa? _____

21. Por favor agregue cualquier otro problema o comentario que le gustaría llamar la atención de la enfermera de la escuela: _____

Nota : No se puede administrar ningún medicamento en la escuela sin un formulario de administración de medicamento completado y firmado por el padre y el médico que prescribe . Todos los medicamentos deben estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia intacta. Los medicamentos deben ser entregados personalmente a la enfermera de la escuela por el padre o tutor. Por favor, ver la escuela enfermera o la escuela web f o medicamentos administración forma s .

Firma del padre _____ Fecha _____

Nombre completo de la madre _____ Empleador _____

Dirección de casa _____ Dirección de trabajo _____

Inicio Phone _____ Trabajo Teléfono _____

Teléfono móvil _____

Nombre completo del padre _____ Empleador _____

Dirección de casa _____ Dirección de trabajo _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono móvil _____

Situación del hogar:

_____ Los padres viven juntos _____ Hogar monoparental

_____ Padres separados _____ Padre volvió a casarse

_____ Padres divorciados _____ La madre se volvió a casar

_____ El tutor cuida al niño _____ Otro _____

Si los padres están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia legal (oficial)?

** Los documentos de custodia legal deben entregarse en la oficina principal y almacenarse en la carpeta de registro permanente del niño.

El nombre del niño: _____

Nombre y edad de los hermanos: _____

Última escuela a la que asistió _____ Dirección: _____

Describa la última experiencia escolar del niño : _____

¿Estaba el niño ausente con frecuencia? Si es así, explique _____

Personalidad y desarrollo emocional

Marque todo lo que se aplique a su hijo:

_____ Feliz _____ Malhumorado _____ Retirado

_____ Triste _____ Fácilmente molesto _____ Hiperactivo

_____ Amistoso _____ Tranquilo

¿Problemas cuando se separa de la familia? Sí _____ No _____

Explique: _____

¿Pérdida de un familiar? Sí _____ No _____ Explique: _____

Interacciones sociales

(Marque donde corresponda)

Compañeros Adultos

_____ Bueno

_____ Bueno

_____ Regular

_____ Regular

_____ Deficiente

_____ Deficiente

¿Eventos traumáticos? Si es así, explique: Sí _____ No _____

Explique: _____

Enumere cualquier inquietud, pregunta o problema que el personal de la escuela deba conocer

Por favor firme a continuación si desea que **esta página se** comparta con el maestro de su hijo (si es necesario).

Firma del padre _____