



# FORMULARIO ANNUAL DE HISTORIAL DE SALUD

## 2018 – 2019

Nombre del Estudiante/Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ultimo Primero

Grado/Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Numero De Teléfono: \_\_\_\_\_  Celular  Casa  Trabajo

Condición de Salud	Si	No	Comentarios	Condición de Salud	Si	No	Comentarios
Alergias? Por favor especifique: <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Un Plan de Acción para la Alergia debe de estar archivado para el ano del programa <b>actual</b> .**	Oído/Problemas Auditivos/ Infecciones del Oído Frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Diagnosis del asma? ¿Despierta durante la noche tosiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Un Plan de Acción para el Asma debe de estar archivado para el ano del programa <b>actual</b> .**	Ojo/Problemas Visuales? <input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fecha de examen para los ojos mas reciente?
¿Defecto de Nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo:	¿Migrañas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explica el tratamiento usado.
¿Desorden Sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Preocupaciones de salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor explique.
¿Diabetes? Por favor especifique: <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Un Plan de Cuidado para la Diabetes debe de estar archivado para el ano del programa <b>actual</b> .**	¿Restricciones dietéticas relacionas con la medicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesión en la cabeza/Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo?	Lesión/ Enfermedad Grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique cuando y que.
¿Diagnóstico de trastorno convulsivo? Fecha del más reciente ataque convulsivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Un Plan de Acción para los ataques convulsivos debe de estar archivado para el ano del programa <b>actual</b> .**	¿Hospitalizaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique cuándo y por qué.
¿Problema Cardiaco? ¿Soplo cardiaco actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Listar todos, indica cuándo y por qué.
¿Alta Presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Shunt? <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de lista.
¿Mareos o dolor en el pecho con ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Dental? <input type="checkbox"/> Frenos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Dentaduras <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fecha del último examen dental?
Problemas óseos/ articulares/escoliosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Haga una lista de TODOS los medicamentos</b> – recetas, de venta libre, suplementos, remedios homeopáticos – tomados:			
¿Pérdida de la función del órgano emparejado? <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Testículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿Uso de aparatos ortopédicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo:				

Esta información se comparte con los proveedores de 911 en caso de emergencia.

Firma de Padre/Tutor

Fecha