



EVALUACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre completo de estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Persona que completa este formulario y relación con el niño/a: _____ Fecha de hoy: _____

Historial Médico familiar – ¿Alguno de los familiares de este niño/a tiene alguno de los siguientes? ¿Indicar relación con el estudiante?

<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Tuberculosis

Información Adicional _____

Antecedentes médicos del estudiante

PASADO | ACTUAL

PASADO | ACTUAL

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias/a qué:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia (deficiencia de hierro)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebres altas (> de 104° F)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma (respira c/dificultad, falta de aire)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herida(s) en la cabeza
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga /riñones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, frecuentes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacas (murmullo/soplo)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bronquitis (infecciones de las vías respiratorias)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hiperactividad (ADHD)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resfriados, frecuentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos (hueso/coyuntura)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición de la piel
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden de dormir
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección del oído (crónico)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anginas, recurrentes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto de tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enuresis (mojar la cama)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro

Información adicional _____

¿Cuál ha sido el problema de salud más grave de este niño/a hasta la fecha? _____

Hospitalizaciones, Operaciones: _____

Accidentes (puntadas, quebradura de huesos): _____

¿Este niño/a está tomando actualmente algún medicamento (recetado o sin receta)? SÍ NO

Nombre del medicamento/dosis/horario: _____

¿Para qué condición? _____

Historial del nacimiento y desarrollo del estudiante

¿El parto fue a término prematuro parto tardío inducido el parto? SÍ NO Peso al nacer _____

Duración del parto _____ Posición del bebe del parto (presentación) _____

Tipo de parto al nacer: Vaginal Instrumentado Cesárea Planeado Emergencia: ¿Se utilizó anestesia? SÍ NO

Puntuación APGAR: _____

Circunstancias al nacer: Cordón umbilical alrededor del cuello Dificultad para respirar Reanimación necesaria Oxígeno administrado
 Convulsiones Transfusión de sangre Ictericia Luces de bilirrubina Otro

Duración de la estancia en el hospital _____ ¿Madre y el bebé fueron dados de alta juntos? SÍ NO

Amamantado Alimentado con biberón Leche de fórmula Combinación Dificultades de enganche /Succión de pecho

Problemas de alimentación Con cólicos

Aumento de peso normal SÍ NO ¿Cuándo se le presentó alimentos sólidos por primera vez? _____

Edad cuando se comenzó a quitarle el biberón/ pecho _____ Dificultades para dormir en el pasado o actuales _____

Historial del desarrollo- ¿A qué edad este niño/a:

Sentó solo _____ Gatear _____ Camino solo _____ Uso oraciones de 3 palabras _____

Se le enseñó como ir al baño/vejiga _____ Se le enseñó ir al baño /intestino _____

¿Alguno de estos hitos se considera más lento o más rápido que los hermanos? SÍ NO

En caso afirmativo, cuáles _____

¿El desarrollo de este niño/a se retrasó o se detuvo en algún momento? SÍ NO

Historial social/emocional y escolar del estudiante

Disposición del estudiante- Describa cómo este niño/a se relaciona con los miembros de la familia (padres / hermanos), otros adultos y niños):

Describa su personalidad / temperamento general _____

Actividades recreativas favoritas/ pasatiempos/habilidades _____

¿Responsable de sus propias acciones? ¿Confiable?

Factores principales que afectan el comportamiento del niño/a:

Comportamiento en el Hogar – El/la niño/a generalmente duerme desde ____ p.m. a ____ a.m. ¿Es difícil despertar por la mañana?

¿Problemas inusuales para dormir? (inquietud, pesadillas, enuresis)

¿Este niño/a duerme solo o comparte cama/habitación (con quién)?

¿Horas de televisión vistas diariamente? _____ ¿Tipo de programas? _____ ¿Se monitorea?

¿Problemas/ patrones de alimentación inusuales? _____

¿Dieta equilibrada? / ¿dieta especial?

¿Qué responsabilidad del hogar realiza este niño regularmente?

¿Método de disciplina en el hogar? _____ ¿Quién disciplina?

¿Cómo muestra este/a niño/a el enojo? _____

¿Cuáles cosas percibes como las dificultades o problemas de este niño/a en casa? _____

¿Qué es lo que más disfrutas de este niño? _____

Situaciones estresantes – Por favor marque situaciones que podrían haber traído estrés a este estudiante e indique el mes / año de ocurrencia. Escriba comentarios adicionales a continuación.

___ Muerte de un padre/madre	___ Matrimonio/nuevo matrimonio de los padres	___ Muerte de amigo o mascota
___ Muerte de un hermano/a	___ separación temporal	___ Dificultades con familiar(es)
___ separación extendida del padre por cualquier motivo (especificar) _____	___ cambio importante en la salud o el comportamiento de los miembros de la familia.	___ Uso de drogas/ alcohol en la familia.
___ Divorcio de padres	___ Enfermedad terminal diagnosticada para cualquier miembro de la familia.	___ Pérdida no planificada del empleo de los padres
___ Conflicto con padres/ hermanos	___ Embarazo reciente/nacimiento de un hermano	___ Hermano/a que se muda del hogar
___ muerte de un ser querido cercano	___ Madre que va al trabajo o a la escuela	___ Reciente mudanza a nueva ciudad
___ abuso físico o sexual del niño, hermano o padre	___ Nuevos arreglos de vivienda familiar o cambio de condiciones en su estilo de vida.	___ Numerosas mudanzas familiares
___ Enfermedad /lesión personal grave	___ Dificultades familiares recientes	___ Problemas financieros familiares
___ Otro (Especifique a continuación)		

¿Cuáles percibes como las dificultades de este niño en la escuela?

¿Problemas físicos que interfieren con el rendimiento académico (visión)? _____

¿Número de escuelas a las que ha asistido hasta la fecha? _____

Intervenciones previas (terapia del habla, educación especial) _____

¿Qué crees que se debe hacer para ayudar a este niño en la escuela?

¿Qué le gustaría ver en el futuro de este niño? _____

Por favor, enumere todos los médicos que brindan atención médica :

