

TRENTON PUBLIC SCHOOLS
Trenton, New Jersey
Medical Department

SH 2

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del estudiante _____ Grado _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ I.D. No. _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 Nombre del padre o encargado _____ Número de trabajo _____
 Cuidado médico: Doctor privado _____ HMO _____ Centro de Salud _____
 Nombre del doctor _____ Teléfono _____

Historial de Salud y desarrollo

1. Meses de embarazo _____ Parto: (circule uno) Normal, Cesárea, Prematuro
 Peso _____ lbs. _____ oz.
 Problemas al nacer o estadia en el hospital. No _____ Sí _____
 Explicación _____
2. Total de embarazo _____ Estudiante es el número _____
3. A qué edad el niño (a) camino? _____ Hablo? _____ uso el inodoro? _____
4. Tiene su hijo (a) problema con lo siguiente?
 Visión _____ Oír _____ Hablar _____
5. Toma su hijo (a) algún medicamento? No _____ Sí _____
6. Tiene su hijo alguna alergia a alguna comida, plantas, animales, insectos u otro? No _____
 Sí _____ Explique _____
7. Ha tenido su hijo (a) alguna lesión o golpe serio? No _____ Sí _____
 Cuándo? Explique _____
8. Tiene el niño (a) alguna operación o procedimiento médico que haya requerido hospitalización o
 servicios de paciente externo No _____ Sí _____
9. Le han hecho la prueba del plomo a su niño (a) No _____ Sí _____ resultado _____

Enfermedades (edad)

Sarampión _____	Sarampión alemán _____	Paperas _____
Fiebre escarlata _____	Tosferina _____	Asma _____
Pulmonía _____	Infecciones del oído _____	Tuberculosis _____
Convulsiones _____	Tubos en los oídos _____	Varicelas _____
Polio _____		Epilepsia _____
Corazón _____	Sickle Cell _____	Dolor de garganta _____
Anemia _____	Fracturas _____	Diabetes _____
Frecuente dolor de cabeza _____	Hígado _____	Amigdalitis _____
Frecuente sangra por la nariz _____	Lyme Disease _____	

Hay alguna restricción o limitación para la actividad física? _____
 Tiene alguna información acerca de la salud de su hijo que no se ha mencionado? _____

Fecha _____ Firma del padre o encargado _____