



# Registro de Salud del Estudiante del Condado de Houston

## Health Related Services



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ # ID del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a de salón de clases: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿El estudiante sufre de algún problema de salud?  Si (complete la forma)  No (no complete la forma)

Alergias (medicina, comida, insectos, ambiente): \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de reacción ocurre cuando se tiene esta alergia? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el estudiante ha tenido una reacción anafiláctica?  S  N  EMERGENCIA Epinefrina Inyectable  S  N

Historial médico actual del estudiante: *(Marque todas las que apliquen)*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD  | <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Pérdida de extremidad                              |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> Dolor de pecho         | <input type="checkbox"/> Pérdida de órgano ( <i>ojo, riñón, etc.</i> )      |
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> Coronarios/IBS   | <input type="checkbox"/> Marcapaso o <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Asma: <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Convulsiones con/Fiebre                                  | <input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro (Complicaciones)              |
| <input type="checkbox"/> Inhalador   | <input type="checkbox"/> Fibrosis Cística   | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                                   |
| <input type="checkbox"/> De ambiente   | <input type="checkbox"/> Diabetes: _____ <input type="checkbox"/> Glucagón        | <input type="checkbox"/> Convulsiones: (Tipo): _____                        |
| <input type="checkbox"/> Nebulizado  | <input type="checkbox"/> inyección de Insulina o <input type="checkbox"/> Válvula | Diastat _____ VNS _____   |
| <input type="checkbox"/> Provocado por: _____  | <input type="checkbox"/> Momentos de fatiga/Mareos                                | <input type="checkbox"/> Condición celular Sickle                           |
| <input type="checkbox"/> Desorden auto inmune  | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente/Migrañas                       | <input type="checkbox"/> Condición de piel                                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado/Problemas de sangre                     | <input type="checkbox"/> Sangrado frecuente por la nariz                          | <input type="checkbox"/> Dificultad de habla                                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de presión Sanguínea:                               | <input type="checkbox"/> Problemas de escucha                                     | <input type="checkbox"/> Cirugía/Hospitalización                            |
| <input type="checkbox"/> Alta  | <input type="checkbox"/> Soplo de corazón/ Tipo: _____                            | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión /Contactos                     |
| <input type="checkbox"/> Baja  | <input type="checkbox"/> Cansancio por calor                                      | <input type="checkbox"/> Problemas de peso                                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Intestino/vejiga                                 | <input type="checkbox"/> Hemofilia  | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis ( <i>Crónica</i> )                                 |   |   |

Describe como las condiciones anteriores afectan a su estúdiate en la escuela (usted puede usar la parte de atrás de esta forma si es necesario).

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

¿Su hijo/a tiene alguna condición/es la cual potencialmente atente contra su vida? \_\_\_\_\_ Si marcó si, por favor explique.

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

Enumere *toda la/s medicina/s* que toma el estudiante (si se deben administrar en la escuela, visite a la enfermera de la escuela para llenar un formulario):

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

¿El Doctor medico ha ordenado modificación especial en la dieta? (si se necesita modificación de comida en la escuela, visite a la enfermera de la escuela para llenar un formulario de modificación de comida, el cual se actualiza anualmente)

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

Doctor medico actual: \_\_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_\_ Especialista: \_\_\_\_\_

**Firme si da consentimiento para el intercambio de información relevante medica entre el Doctor del estudiante y la enfermera de la escuela, que incluya el diagnostico, el pronóstico, las ordenes de tratamiento médico y el historial médico.**

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

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

Programa después de la escuela: \_\_\_\_\_

Guardería después de la escuela: (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Ruta en carro: \_\_\_\_\_

# de Bus: \_\_\_\_\_

