



Educación que inspira... Oportunidad para todos
GURNEE SCHOOL DISTRICT 56

3706 Florida Avenue • Gurnee, IL 60031 • 847-336-0800 • www.d56.org

Revisión Médica

Por favor complete la siguiente información con respecto a su hijo. Sus respuestas nos proporcionan información básica y los datos necesarios para la identificación de problemas y el conocimiento de su hijo como un individuo único. Gracias por su colaboración.

Fecha: _____.

POR FAVOR ENVIE ESTA FORMA A LA OFICINA ESCOLAR DE SU HIJO DENTRO DE UNA SEMANA.

NOMBRE DEL NIÑO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____

AÑO ESCOLAR: _____ **MAESTRO:** _____

Nombre del adulto que completó esta forma: _____

Relación al niño anteriormente mencionado:

Padre Padre de Crianza Padre Adoptivo Tutor Legal

¿Cuáles son sus preocupaciones primordiales?

Return to School Nurse
by: _____

Notas:

Formato de llenar el formulario: Cuestionario Entrevista

Favor de contestar todas las preguntas a lo mejor de su habilidad, aun cuando considere que la pregunta no es aplicable. Favor de pedir ayuda a la persona que le entregó esta forma si hay algo que usted no entiende.

Número de teléfono donde lo podemos localizar con mayor facilidad: _____

¿Cuál es la mejor hora para poder comunicarnos con usted? _____

¿Prefiere que nos comuniquemos con usted por correo electrónico? No Sí

Correo Electrónico: _____.

Información de los Padres

Nombre de la madre/tutor legal _____ Edad _____
Ocupación _____ Empleador _____ Militar No Sí
Más alto nivel de educación _____
Nombre del padre/tutor legal _____ Edad _____
Ocupación _____ Empleador _____ Militar No Sí
Más alto nivel de educación _____
¿Este niño tiene otros padres? No si contestó sí, favor de llenar la siguiente información
Nombre _____ Relación al niño
Nombre _____ Relación al niño

Personas que Cuidan Principalmente del Niño

Nombre del adulto con el que vive este niño: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
¿Quién cuida del niño cuando la persona encargada no está? _____
¿Cuántas horas al día se encuentra este niño en un centro de cuidados? _____

Información Familiar

¿Alguna vez este niño ha experimentado separación de los padres, divorcio, o muerte de algún miembro de la familia? No Sí

Si contestó sí, ¿cuándo? _____ ¿qué edad tenía el niño? _____

Favor de describir las circunstancias. _____.

Hermanos: Favor de incluir todos los hermanos y cualquier otro niño viviendo con la familia.

Edad:	Nombre del Hermano/Hermana

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Considera usted que la salud de su hijo es: Excelente/Muy saludable Usualmente saludable/Ocasionalmente se enferma
 Se enferma con más frecuencia que los otros niños Se enferma todo el tiempo

¿De qué forma percibe su salud su hijo? ¿Es similar a su percepción?

La maestra de su hijo le ha expresado que le preocupa la salud de su hijo, sus enfermedades y sus faltas académicas?

Si contestó que sí, por favor explique: _____

Duerme su hijo de _____ pm
 hasta las _____ am

¿Duerme toda la noche?

Sí No

¿Cuánto tiempo le toma a su
 hijo el poder dormir? _____

¿Cuánto tiempo al día le es
 permitido a su hijo utilizar
 aparatos electrónicos?

¿Tiene aparatos electrónicos
 en su cuarto su hijo?

Sí No

Medicamentos, por favor enliste los medicamentos, la dosis y la hora

Que su hijo toma los medicamentos

_____.

_____.

Vitaminas, Remedios Naturales

_____.

_____.

Nutrición

¿Come su hijo una dieta balanceada? Sí No explique: _____.

¿Es su hijo selectivo en su comida? Sí No

¿Es su hijo vegetariano o vegan? Sí No

¿Tiene su hijo alguna restricción en su dieta? Sí No explique: _____.

¿Toma su hijo alguna bebida con cafeína? Sí No Con qué frecuencia: _____.

Historial Médico (doctores que su hijo ha consultado)

Sí	Tipo de doctor	Nombre del doctor/Razón de la visita/frecuencia	Edad del niño durante la visita
	Pediatra		
	Especialista de Alergias		
	Cardiólogo		
	Especialista de oído/nariz/garganta		
	Endocrinólogo		
	Gastroenterólogo		
	Neurólogo		
	Oftalmólogo/optometrista/doctor de la vista		
	Ortopédico (doctor de los huesos)		
	Psiquiatra/Psicólogo		

Ha recibido su hijo(a) alguna de las siguientes terapias: Física Ocupacional del Habla

Otra: _____. A que edad recibió las terapias: _____

Historial de Embarazo

Edad de la madre durante el embarazo _____ Ocupación de la madre durante el embarazo _____.

Salud de la madre durante el embarazo: Excelente Bueno Promedio Malo, explique _____.

Edad del padre durante el embarazo _____ Ocupación del padre durante el embarazo _____.

Antecedentes prenatales desconocidos

SI	Preguntas del embarazo referentes a la madre sanguínea	Notas
	¿Su embarazo fue planificado?	
	¿Recibió usted cuidado prenatal?	
	¿Tomo vitaminas prenatales?	
	¿Tuvo una dieta saludable durante el embarazo?	
	¿Consumió alcohol o drogas durante el embarazo?	
	¿Fumo cigarrillos durante el embarazo?	
	¿Tomo medicamentos recetados durante el embarazo?	Que tipo:
	¿Tomo medicamentos sin receta durante el embarazo?	Que tipo:
	¿Consumió productos con cafeína (café/sofá/té)?	
	Diagnostico medico durante el embarazo	Notas
	Alta presión/Preclampsia	
	Diabetes durante el embarazo	
	Peso que subió durante el embarazo <input type="checkbox"/> 0-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31 o más	
	Lesiones o enfermedades graves	
SI	Preguntas del embarazo referente a la madre sanguínea	Notas
	Sangrado (¿Cuándo?/¿por cuánto tiempo?)	
	Estrés emocional	

Resultados de laboratorio anormales (hemoglobina baja, baja en vitamina D, otros)	
---	--

Historial del Nacimiento

Fecha del parto _____ semanas de gestación en el tiempo del parto _____

El bebé llegó en una fecha: antes de tiempo después de tiempo a tiempo

Parto Vaginal Por Cesárea Se utilizaron Fórceps o aspiradora medicamentos para el dolor

En el hospital En la casa En otro lugar

Cuanto tiempo permaneció: ¿el bebé en el hospital? _____ ¿la mamá en el hospital? _____

¿Se enfermó la mamá de alguna infección o fiebre durante el nacimiento del bebé o poco después? Sí No

Explique: _____.

¿El bebé tuvo que permanecer más tiempo en el hospital, porque?

Peso del bebé al nacer: _____ resultados del APGAR _____ (si saben)

¿Pasó su hijo la prueba de audición del recién nacido en el hospital? Sí No

Se desconoce el historial del nacimiento

¿Tuvo el bebé algunos de los siguientes problemas o necesidades especiales?

SI	Problemas al Nacer
	¿Necesito oxígeno? ¿Por cuánto tiempo? _____
	Intubación
	Problemas del corazón
	Ictericia
	¿Recibió tratamiento con bilirrubina (fototerapia) luces? ¿Por cuánto tiempo? _____
	¿Recibió algún medicamento? Lista de medicamentos: _____

Primer Año de Vida Podría decir que la salud de su hijo(a) el primer año estuvo Excelente Muy Bien Bien Más o

Menos

Muy mal, por favor explique _____.

Problemas de salud en el primer año de vida de su hijo

SI	NO	Problemas al alimentarlo (succión deficiente, vómitos, asfixia.) explique
		Problemas al dormir
		Infecciones (fiebre alta)
		Convulsiones
		Defectos de nacimiento
		Exámenes o medicamentos especiales. Explique
		Tratamiento o equipo especial que utilizo en casa, explique
		¿Necesito terapia física u otro tipo de terapia? Explique

¿Algún otro problema o preocupación durante el primer año de vida de su bebé? _____.

Desconozco esta información

Etapas del Desarrollo, favor de marcar si su hijo(a) se desarrollo en lo siguiente en el tiempo indicado

SI	NO	Desarrollo logrado	Si No, ¿A qué edad?
		Dar vueltas en el piso a la edad de 7 meses	
		Responder a los sonidos/sonreír a la edad de 7 meses	
		Hacer sonidos/balbucesos a la edad de 7 meses	
		Gatear a la edad de 12 meses	
		Pararse sin ayuda a la edad de 12 meses	
		Hablar una palabra a la edad de 12 meses	
		Usar gestos como decir adiós con la mano a los 12 meses	
		Caminar sin ayuda a la edad de 18 meses	
		Hablar por lo menos 6 palabras a la edad de 18 meses	
		Utilizar un vaso a la edad de 24 meses	
		Escribir garabatos a la edad de 24 meses	
		Seguir instrucciones sencillas a la edad de 24 meses	
		Hablar con oraciones sencillas a la edad de 24 meses	
		Jugar con otro niños a la edad de 36 meses	
		Socializar con otras personas (no familiares) a los 36 meses	
		Contacto visual a la edad de 36 meses	
		La habilidad de lanzar y patear una pelota a los 36 meses	
		Hablar y ser entendido por (no familiares) a los 36 meses	
		Nombrar objetos familiares como zapatos a los 36 meses	

Desconozco esta información

¿Algunas de las habilidades de su hijo/desarrollo se perdieron después de los 24 meses? No Sí, explique _____.

_____.

El Desarrollo de la Primera Infancia	Edad
Montar en bicicleta	
Atrapar una pelota	
Amarrar las agujetas de los zapatos	
Utilizar las tijeras	
Escribir su nombre	
Utilizar el baño durante el día	
Utilizar el baño durante la noche	

Su hijo(a) escribe con: la mano derecha la mano izquierda con ambas manos

Historial de Enfermedades. Favor de marcar todo lo que aplica y dar una breve descripción, incluyendo la edad del estudiante durante el tiempo de dicha enfermedad

Si	Enfermedad/Condición	Descripción	Edad	Si	Enfermedad/Condición	Descripción	Edad
	Infección en la garganta				Amigdalitis		
	Sarampión				Sarampión/Paperas		
	Tuberculosis				Asma		
	Bronquitis/Vías Respiratorias				Condición cardíaca		
	Enfermedad Celiaca				Constipación		
	Diabetes				Frecuentes dolores estomacales		
	Riñón/Problemas Urinarios				Condición Hereditaria		
	Alergias				Problemas con la orina/orinar en la cama		
	Alergias que amenazan la vida				Problemas con la piel		
	Fiebre de más de 104				Uso de Epi Pen en situaciones de alergias que amenazan la vida		
	Problemas de desarrollo				Ataques/convulsiones/Tic nervioso/espasmos		
	cáncer				Tomando hormonas para el crecimiento		
	cirugías				Trastorno sanguíneo		
	Problemas Auditivos				Aparato auditivo		
	Tubos en el oído/Cirugía del oído				Implante cochlear		
	Resfriados frecuentes				Frecuentes infecciones del oído		
	Problemas de la vista				Lentes/Lentes de contacto		
	Huesos rotos				Aparatos ortopédicos/Férulas		
	Problemas en músculos/coyunturas				Escoliosis		
	Accidente/caída/lesión				Limitaciones para realizar actividades		
	ADD/ADHD/Hiperactividad/Problemas para enfocarse				Ansiedad/Depresión		
	Síntomas obsesivos/compulsivos				Síntomas de oposición/Desafiante		
	Autismo/PDD/Asperger's				Miedos inusuales		
	Abusado Físicamente				Abusado sexualmente		

explicación adicional _____

Diagnósticos médicos: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Nombre del médico: _____

Estilo de vida

Considera usted que la salud de su hijo es: Excelente/Muy saludable Usualmente saludable/Ocasionalmente se enferma
Se enferma con más frecuencia que los otros niños Se enferma todo el tiempo
¿De qué forma percibe su salud su hijo? ¿Es similar a su percepción?

La maestra de su hijo le ha expresado que le preocupa la salud de su hijo, sus enfermedades y sus faltas académicas?
Si contestó que sí, por favor explique: _____

Duerme su hijo de _____pm
hasta las ____am

¿Duerme toda la noche?

Sí No

¿Cuánto tiempo le toma a su
hijo el poder dormir? _____

¿Cuánto tiempo al día le es
permitido a su hijo utilizar
aparatos electrónicos?

¿Tiene aparatos electrónicos
en su cuarto su hijo?

Sí No

Medicamentos, por favor enliste los medicamentos, la dosis y la hora
Que su hijo toma los medicamentos

Vitaminas, Remedios Naturales

Nutrición

¿Come su hijo una dieta balanceada? Sí No explique: _____

¿Es su hijo selectivo en su comida? Sí No

¿Es su hijo vegetariano o vegan? Sí No

¿Tiene su hijo alguna restricción en su dieta? Sí No explique: _____

¿Toma su hijo alguna bebida con cafeína? Sí No Con qué frecuencia: _____

Actividades de la vida diaria (cepillarse los dientes, peinar el cabello, cremalleras, atar zapatos, inodoro y pies por cuenta propia)

Mi hijo preformar realizar todas las actividades de la vida diaria? ____ Sí. ____ No

Describe el día típico: _____

En la casa:

My child is exposed to cigarette smoke? ____ Sí. ____ No

Tenemos mascotas? (que tipo) _____

¿Algo más que le gustaría que supiera sobre la vida familiar o el día típico de su hijo? _____

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

¿Alguien en su familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones de salud? Por favor especifique el parentesco que dicho familiar tiene con su hijo en el espacio correspondiente.

SI	Enfermedad/condición médica	Parentesco	SI	Enfermedad/condición médica	Parentesco
	ADD/ADHD-hiperactividad			DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE	
	AUTISMO/PDD/ASPERGER			ENFERMEDAD MENTAL/ANSIEDAD/DEPRESION	
	ABUSO DE DROGAS/ALCOHOL			CONDICION NEUROLOGICA	
	TRASTORNO DE CONDUCTA			OTRA CONDICION GENETICA	
	CANCER			ATAQUES/CONVULSIONES/Tic NERVIOSO/ESPASMOS	
	DIABETES			EDUCACION ESPECIAL	
	PROBLEMAS DEL CORAZON			PROBLEMAS DEL HABLA	

POR FAVOR INDIQUE CUALQUIER OTRA CONDICION NO INCLUIDA ANTERIORMENTE:

_____.

_____.

Por favor indique a continuación algo más que nos quiera compartir acerca del historial de salud de su hijo: _____.

_____.

_____.

Muchas gracias por su colaboración.

Nurse notes: _____.

_____.

_____.