



GURNEE SCHOOL DISTRICT 56
Education that inspires... Opportunities for all
 3706 Florida Avenue, Gurnee, IL 60031
 847-336-0800 www.d56.org



Regrese a la Enfermera Escolar dentro de las dos semanas de recibir. Gracias

Historia de salud

Por favor, complete la siguiente información sobre su hijo. Sus respuestas nos proporcionarán información de referencia y los datos necesarios para la identificación de problemas y un conocimiento práctico de su hijo como individuo único. Por favor, sea lo más específico posible, nos pondremos en contacto si tenemos más preguntas. Gracias por su colaboración.

Fecha de Hoy _____

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Edad: _____

Grado: _____ **Maestra/o:** _____

Nombre del adulto que completa este formulario: _____

Relación con el niño arriba mencionado:

Padres Biológico Padres Adoptivos Guardián

Responda lo mejor que pueda a todas las preguntas, incluso si cree que no son pertinentes. Pida ayuda a la persona que le entregó este formulario si hay algo que no entiende.

¿Cuáles son sus principales preocupaciones? _____

¿Qué diagnóstico médico tiene su hijo? _____

Fecha(s) del diagnóstico: _____

Diagnóstico médico: _____

¿Cuál es el mejor número de teléfono para comunicarse con usted? _____

¿Cuál es el mejor momento del día para ponerse en contacto con usted? _____

¿Prefiere que nos pongamos en contacto con usted por correo electrónico? No Sí, dirección de correo electrónico _____

Información de Padres

Nombre de la madre/tutor _____	Edad _____
Ocupación _____	Empleador _____ Militar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Nivel de estudios más alto completado? _____	
Nombre del padre/tutor _____	Edad _____
Ocupación _____	Empleador _____ Militar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Nivel de estudios más alto completado? _____	
¿Tiene este niño otros padres/padrastrós(s)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, en caso afirmativo, proporcione la siguiente información.	
Nombre _____	Relación con este niño _____
Nombre _____	Relación con este niño _____

Cuidadores Principales

¿Con qué adulto(s) vive este niño? _____	¿Cuánto tiempo ha vivido el niño en esta situación? _____
¿Quién cuida de este niño cuando los cuidadores no están? _____	
¿Cuántas horas al día está este niño en una guardería? _____	

Historia del Embarazo *Historia prenatal desconocida*

¿Número de embarazos que ha tenido? _____, esto es # _____

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

Salud general de la madre durante el embarazo: Excelente Bien Mala, explique _____

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

SÍ	NO	Preguntas sobre el embarazo de la madre biológica del estudiante	Notas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fue un embarazo planeado?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hubo cuidados prenatales?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se tomaron vitaminas prenatales?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo una dieta sana durante el embarazo?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se consumió alcohol o drogas ilegales durante el embarazo?	De qué tipo:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se fumó cigarrillos durante el embarazo?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se tomaron medicamentos con receta durante el embarazo?	De qué tipo:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se tomaron medicamentos sin receta durante el embarazo?	De qué tipo:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tomó cafeína (café/refrescos/té)?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnósticos médicos durante el embarazo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión/Preeclampsia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes gestacional	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de peso durante el embarazo: 0-20 libras 21-30 libras 31-más libras	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión o enfermedad grave	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado/manchado (cuándo/cuánto tiempo)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrés emocional	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Análisis de laboratorio anormales (hemoglobina baja, vitamina D baja, otros)	

Historia del Nacimiento *Historia de nacimiento desconocida* ¿Fue un parto múltiple? Sí No

Fecha prevista de parto _____ Edad gestacional del bebé en el momento del nacimiento _____ (semanas) Peso al nacer _____

El bebé nació temprano tarde a tiempo ¿Se consideró prematuro a su bebé? Sí, cuántas semanas antes _____

Parto vaginal Cesárea Pinzas o Ventosa Medicamentos para de dolor

Parto hospitalario Nacimiento en casa. Otro **Pasó el examen de audición para recién nacidos:** No Sí

¿Cuánto tiempo permaneció el bebé en el hospital? _____. ¿Cuánto tiempo estuvo la madre en el hospital? _____

¿Estuvo la madre enferma con infección o fiebre durante el parto o poco después? No Sí,

Explique _____

Si el bebé se quedó más tiempo que la madre, ¿por qué? _____

Puntuaciones APGAR _____ (si se conoce)

¿Tenía el bebé alguno de los siguientes problemas o necesidades?

SÍ	Problemas de nacimiento
<input type="checkbox"/>	¿Necesita oxígeno? OSÍ ONO ¿Durante cuánto tiempo?
<input type="checkbox"/>	¿OXÍGENO POR INTUBACIÓN? OSÍ ONO ¿CUÁNTO TIEMPO?
<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos/del corazón
<input type="checkbox"/>	Ictericia
<input type="checkbox"/>	¿Tratada con luces de bilirrubina (fototerapia)? ¿Durante cuánto tiempo?
<input type="checkbox"/>	¿Ha tomado algún medicamento? Indique:
<input type="checkbox"/>	¿Alguna intervención quirúrgica o procedimiento de urgencia al nacer o poco después? Indique:
<input type="checkbox"/>	¿Existen escáneres (resonancia magnética, tomografía computarizada, radiografía, electroencefalograma) o pruebas de laboratorio necesarias al nacer? Indique:
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico genético
<input type="checkbox"/>	OTROS

¿Alguna otra preocupación o comentario sobre el nacimiento de su hijo/a o su estancia inicial en el hospital?

Primer año de vida *Historia desconocida*

¿Diría que la salud de su hijo en el primer año de vida Excelente Muy buena Bueno

Pobre, explique _____

Problemas de salud en el primer año de vida

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de alimentación (mala succión, vómitos, atragantamiento...) explicar,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sueño
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones (fiebre alta...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones (con o sin fiebre)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pruebas especiales o medicación necesaria. Explique,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipo especial o tratamientos necesarios en casa, explique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Necesitó fisioterapia u otro tipo de terapia? Explique

Sí, en caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

POR FAVOR, EXPLIQUE _____

Hitos del desarrollo, marque sí si su hijo alcanzó estos hitos en el plazo especificado?

SÍ	NO	Hitos alcanzados	Sí No, edad cumplida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se daba la vuelta a los 7 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responde a ruidos y sonrisas a los 7 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hizo sonidos con la boca a los 7 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gateaba a los 12 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se mantenía de pie sin apoyo a los 12 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha pronunciado una sola palabra a los 12 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliza gestos como decir adiós con la mano a los 12 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminaba sin ayuda a los 18 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha pronunciado al menos 6 palabras a los 18 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliza un vaso a los 24 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garabatea a los 24 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sigue instrucciones sencillas a los 24 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha pronunciado frases sencillas a los 24 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juega con otros niños a los 36 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Socializa con personas ajenas a la familia a los 36 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Establece contacto visual a los 36 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es capaz de lanzar y patear una pelota a los 36 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habla fácilmente con extraños a los 36 meses	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es capaz de nombrar objetos familiares, como zapatos, a los 36 meses	

Historia desconocida

¿Se perdió alguna de las habilidades o hitos del desarrollo de su hijo después de los 24 meses de edad?? No Sí, explique _____

Desarrollo de la infancia	Edad
Montar en bicicleta	
Atrapar una pelota	
Amarrar los agujetas de los zapatos	
Usar las tijeras	
Escribir el nombre	
Ir al baño de día	
Entrenamiento para ir al baño por la noche	

¿Su hijo ha recibido algún tipo de terapia? Físico Ocupacional con un terapeuta El habla Otro

A qué Edad: _____

Su hijo es: Surdo 0 Lzquierda 0 Los dos

Historial médico (médicos que ha visitado su hijo)

Tipo de médico	Nombre del médico/Motivo de la visita/Frecuencia de las visitas	Edad en el momento de la(s) visita(s)
Pediatra		
Alergólogo		
Cardiólogo		
Otorrinolaringólogo		
Endocrinólogo		
Gastroenterólogo		
Neurólogo		
Oftalmólogo/Optometrista (médico de los ojos)		
Ortopedista		
Psiquiatra/Psicólogo		

Historial de enfermedades Marque todas las que correspondan, describa brevemente e incluya la edad del estudiante en el momento de la enfermedad.

Sí	Enfermedad	Condicion	Edad	Sí	Enfermedad/Condición	Condicion	Age
	Eczema				Trastornos sanguíneos		
	Varicela				Cáncer		
	Sarampión/Sarampión alemán/Paperas				Antecedentes de quimioterapia o radioterapia		
	Afecciones cutáneas				Problemas renales o urinarios		
	Asma				Incontinencia urinaria (orinarse de día o de noche)		
	Inhalador de rescate para el asma				Incontinencia intestinal		
	Bronquitis/Enfermedad Reactiva de las Vías Respiratorias				Sistema reproductor	Any concerns	
	Oxigenoterapia necesaria				(edad al inicio de la menstruación)		
	Oxígeno requerido por intubación	How Long?			Infecciones de oído frecuentes		
	Tuberculosis/Prueba de la tuberculina positiva				Tubos en los oídos/cirugía de oído		
	Alergias				Problemas de audición		
	Alergias potencialmente mortales				Implante coclear		
	Epi Pen para tratar alergias potencialmente mortales				Audífono/dispositivo de sonido		
	Fiebre superior a 104				Problemas oculares/Problemas de visión		
	Ataques/Convulsiones/Tics/Twitches				Gafas o lentes de contacto		
	Enfermedad neurológica				Problemas ortopédicos		
	Dolor de cabeza/Migrañas				Hueso roto/Fractura		
	Traumatismo craneal/conmoción cerebral				Escoliosis		
	Afección cardíaca				Dispositivos ortopédicos/Plantillas		
	Soplo cardíaco				Limitaciones o restricciones de actividad		
	Problemas estomacales/intestinales				Accidentes/caídas/lesiones		
	Dolores de estómago frecuentes				Afección articular o muscular		

Crohn/IBD/Diverticulitis			Accidentes/caídas/lesiones		
Estreñimiento			Diagnóstico de salud mental		
Diarrea crónica			Depresión		
Celiaquía			ADHD o problemas de concentración		
Intolerancia a la lactosa			Comportamientos de oposición desafiante		
Diabetes I o II			Síntomas obsesivo-compulsivos		
Condición Genética			Autismo / PDD / Asperger		
Diagnóstico de tiroides			Miedos inusuales		
Artritis reumatoide			Abuso (físico)		
Baja estatura			Abuso (verbal)		
Tomar hormonas del crecimiento			Abuso (sexual)		

INDIQUE AQUÍ LOS DETALLES:

Hospitalización: fechas lugar motivo _____

Cirugía: fecha, motivo _____

Información detallada sobre su estado de salud: _____

Estilo de vida estudiantil

¿Cree que la salud de su hijo es: Excelente/Muy saludable Normalmente sano/Ocasionalmente enfermo
 Enferma con más frecuencia que otros niños Enfermo "todo el tiempo"

¿Cómo percibe su hijo su salud, es similar a su percepción? _____

¿Le ha expresado alguna vez el profesor de su hijo su preocupación por la salud, las enfermedades o el absentismo de su hijo?
 En caso afirmativo, explíquelo: _____

Duerme desde _____ pm hasta _____ am

Duerme toda la noche Sí No

¿Cuánto tarda tu hijo en dormirse?

¿Cuánto tiempo de pantalla (televisión y aparatos electrónicos) tiene permitido su hijo al día?

¿Tiene el alumno acceso a aparatos electrónicos en su dormitorio durante toda la noche? Sí No

¿Qué limitaciones existen? _____

Medicamentos, indique el nombre, la dosis y la hora a la que los toma:

Lista de vitaminas y/o suplementos a base de hierbas:

Nutrición

¿Su hijo sigue una dieta equilibrada? Sí si no, explique _____

Is your child a picky eater? Si No Si es Sí por favor proporcione detalles

¿Tu hijo es vegetariano o vegano? Sí No

¿tiene su hijo alguna restricción dietética? Sí No. Si es Sí por favor proporcione detalles

¿Toma su hijo cafeína? Sí, cuánto y con qué frecuencia _____

Medio ambiente

¿Está su hijo expuesto al humo del tabaco? Sí No

¿Hay un arma en su casa? Sí No.

I En caso afirmativo, ¿está bajo llave y es inaccesible para su hijo? Sí No

¿Hay animales domésticos en casa? Sí No lista de mascotas,

Actividades de la vida diaria

Describe brevemente un día típico para su hijo:

¿Es capaz de seguir una rutina su hijo? Sí NO, Sí no explique _____

¿Su hijo necesita constantes recordatorias para completar las tareas? Sí NO. Si es sí describe _____

¿Es capaz de realizar todas las actividades de la vida diaria? (Ducharse, ir al baño, vestirse solo, cepillarse los dientes...)

Sí No, Si no, explique _____

Por favor, tome nota de cualquier preocupación no mencionada anteriormente:

Información sobre la familia

¿Este niño ha sufrido alguna vez la separación de sus padres? , divorcio o fallecimiento de un familiar
(MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

¿Qué edad tenía el niño en ese momento?

Describe las circunstancias: _____

Hermanos: Por favor, enumere todos los hermanos, y cualquier otro niño

VIVIR EN EL HOGAR CON LA FAMILIA

NO VIVIR EN EL HOGAR CON LA FAMILIA.

Edad	Nombre del hermano/hermana/otro	Edad	Nombre del hermano/hermana/otro
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Algún miembro de la familia ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, especifique la relación con el niño en el espacio proporcionado. (Antecedentes biológicos de salud familiar desconocidos)

Sí	Enfermedad/Enfermedad/Condición	Relación con el estudiante	Sí	Enfermedad/Enfermedad/Condición	Relación con el estudiante
<input type="checkbox"/>	ADD/ADHD		<input type="checkbox"/>	DEPRESSION (BIPOLAR) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	AUTISMO/PDD/ASPERGER		<input type="checkbox"/>	ANXIETY	
<input type="checkbox"/>	ALCOHOL		<input type="checkbox"/>	Afección Neurológica (Nombre: _____)	
<input type="checkbox"/>	Abuso de Drogas		<input type="checkbox"/>	Enfermedad Genética	
<input type="checkbox"/>	Trasrorno del Comportamiento		<input type="checkbox"/>	Convulsiones O Epilepsia	
<input type="checkbox"/>	CANCER		<input type="checkbox"/>	Espasmos) Tics	
<input type="checkbox"/>	Diabetes		<input type="checkbox"/>	Problemas del habla O del lenguaje	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardiacas		<input type="checkbox"/>	Problemas de Aprendizaje educación especial	
	Antecedentes familiares de muerte súbita en menores de 50 años				

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE AQUÍ LOS DETALLES

Anote aquí cualquier otra cosa que desee compartir sobre el historial médico de su hijo:

Gracias Por su tiempo.