

*Educación que inspira…Oportunidad para todos*

**GURNEE SCHOOL DISTRICT 56**

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

**Historia de salud**

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:**

Return to School Nurse As soon as possible

**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

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 entrego 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 Yes

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?

**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, explíque

Edad del padre durante el embarazo      Ocupación del padre durante el embarazo

**Antecedentes prenatales desconocidos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SI NO** | 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 |  |
|  | Alta presión/Preclampsia |  |
|  | Diabetes durante el embarazo |  |
|  | Peso que subió durante el embarazo 0-20  21-30 31 o más |  |
|  | Lesiones o enfermedades graves |  |
|  | Preguntas del embarazo referente a la madre sanguínea |  |
|  | 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 llego 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 enfermo 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 oxigeno? ¿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/balbuceos 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**

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

Otro:      A que edad recibió las terapias:

**¿Tu hijo lleva un diagnóstico médico?** Fecha(s) de diagnóstico**:** Medico diagnosticador**:**

**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** |
|  | **Faringitis estreptocócica (episodios múltiples** |  |  |  | **Condición genética** |  |  |
|  | **Varicela** |  |  |  | **Diagnóstico de tiroides** |  |  |
|  | **Sarampión/sarampión alemán/paperas** |  |  |  | **Artritis reumatoide** |  |  |
|  | **Condición de piel** |  |  |  | **Problemas articulares o musculares** |  |  |
|  | **Eczema** |  |  |  | **Retraso en el crecimiento o desarrollo** |  |  |
|  | **Asma** |  |  |  | **Baja estatura** |  |  |
|  | **Inhalador de rescate para el asma** |  |  |  | **Tomar hormonas de crecimiento** |  |  |
|  | **Bronquitis/Enfermedad reactiva de las vías respiratorias** |  |  |  | **Fracaso para prosperar** |  |  |
|  | **alergias** |  |  |  | **Desorden sanguineo** |  |  |
|  | **Alergias potencialmente mortales** |  |  |  | **Cáncer** |  |  |
|  | **Epi Pen para el tratamiento de alergias potencialmente mortales** |  |  |  | **Historia de la quimioterapia o la radiación** |  |  |
|  | **Fiebre por encima de 104** |  |  |  | **Problemas renales o urinarios** |  |  |
|  | **Convulsiones/convulsiones/tics/espasmos** |  |  |  | **Infecciones de oído frecuentes** |  |  |
|  | **Condición neurológica** |  |  |  | **Tubos de Oído/Cirugía de Oído** |  |  |
|  | **Dolor de cabeza/migrañas** |  |  |  | **Escuchando problemas** |  |  |
|  | **Traumatismo craneal/conmoción cerebral** |  |  |  | **Implante coclear** |  |  |
|  | **Condición cardíaca/del corazón** |  |  |  | **Audífono/dispositivo de sonido** |  |  |
|  | **Soplo cardíaco** |  |  |  | **Problemas de los ojos** |  |  |
|  | **Problemas estomacales/intestinales** |  |  |  | **Anteojos o Lentes de Contacto** |  |  |
|  | **Dolores de estómago frecuentes** |  |  |  | **Problemas ortopédicos** |  |  |
|  | **Enfermedad de Crohn/EII/Diverticulitis** |  |  |  | **Hueso roto/fractura** |  |  |
|  | **Estreñimiento** |  |  |  | **Escoliosis** |  |  |
|  | **Diarrea crónica** |  |  |  | **Dispositivos ortopédicos/férulas** |  |  |
|  | **Problemas de humedad o suciedad** |  |  |  | **Limitaciones o Restricciones de Actividad** |  |  |
|  | **Enfermedad celíaca** |  |  |  | **Accidentes/Caídas/Lesiones** |  |  |
|  | **Intolerancia a la lactosa** |  |  |  | **Diagnóstico de Salud Mental** |  |  |
|  | **Diabetes I o II** |  |  |  | **Ansiedad** |  |  |
|  | **Tuberculosis o exposición a** |  |  |  | **Depresión** |  |  |
|  | **prueba de tuberculina positiva** |  |  |  | **TDAH o preocupaciones de enfoque** |  |  |
|  |  |  |  |  | **Comportamientos desafiantes de oposición** |  |  |
|  | **Miedos inusuales** |  |  |  | **Síntomas obsesivos compulsivos** |  |  |
|  | **Abuso físico** |  |  |  | **Autismo/PDD/Asperger** |  |  |
|  | **Abuso sexual** |  |  |  | **Cirugía (tipo y fechas)** |  |  |
|  | **Negligencia** |  |  |  | **Hospitalizaciones (motivo y fechas)** |  |  |

**explicación adicional**

**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 |  |  |
|  | Otro |  |  |

**Estilo de vida 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?

Si 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

Limitaciones:

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

Que su hijo toma los medicamentos     **Vitaminas, Remedios Naturales**

**Dieta**

¿Come su hijo una dieta balanceada? Sí No explíque:

¿Es su hijo selectivo en su comida? Sí No. explíque:

¿Es su hijo vegetariano o vegan? Sí No

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

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

**Casa**

¿Está su hija expuesta al humo del cigarrillo? Sí No

¿Hay mascotas en el hogar? Sí No explíque:

¿Hay un arma en su casa? Sí No explíque:

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

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

¿Puede su hijo realizar todas las actividades de la vida diaria por sí mismo? Sí.No explíque

Describe el día típico:

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

**Información Familiar**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Edad: | Nombre del Hermano/Hermana |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

¿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.

**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** | page7image26331776page7image26333696  **SI** | **Enfermedad/condición médica** | page7image26336384  **Parentesco** |
|  | ADD/ADHD-hiperactividad |  |  | DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE |  |
|  | AUTISMO/PDD/ASPERGER |  |  | ENFERMEDAD MENTAL/ANSIEDAD/DEPRESION |  |
|  | ABUSO DE DROGAS/ALCOHOL |  | page7image26452032page7image26256384 | CONDICION NEUROLOGICA | page7image26417536 |
|  | TRASTORNO DE CONDUCTA |  | page7image26643648page7image26644032page7image26644608page7image26644992 | OTRA CONDICION GENETICA | page7image26645568page7image26646528 |
|  | CANCER |  |  | ATAQUES/CONVULSIONES/Tic NERVIOSO/ESPASMOS |  |
|  | DIABETES |  | page7image26650176page7image26650560 | EDUCACION ESPECIAL | page7image26651328 |
|  | PROBLEMAS DEL CORAZON |  | page7image26655360page7image26655744page7image26656320page7image26656768 | PROBLEMAS DEL HABLA | page7image26657344page7image26658304 |

**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 compartir esta información.