

II. Información Sobre la Salud del Niño(a)

A.

SI	NO	CONDICION	EDAD	DESCRIBA
		DIABETES		
		EPILEPSIA		
		CONDICION DEL CORAZON		
		PROBLEMA ORTHOPEDICO		
		LESION EN LA CABEZA		
		CONVULSIONS		
		ANEMIA (SANGRE DEBIL)		
		ALERGIA		
		ASMA		
		PROBLEMA DE LA VISTA		
		PROBLEMA DEL HABLA		
		DOLOR DE OIDOS FRECUENTES		
		RESFRIADOS FRECUENTES		
		DOLORES DE CABEZA FRECUENTES		
		HEMORRAGIAS NASALES FRECUENTES		
		DOLORES DEL ESTOMAGO FRECUENTES		
		SE CANSA FACILMENTE		
		OTRO PROBLEMA DE SALUD		

B. Ha visitado su hijo(a) al dentista?  SI  NO

C. Está su niño(a) bajo el cuidado de un médico en el presente tiempo por causa de algún problema de salud?  SI  NO  
Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

D. Está su niño(a) tomando medicamento regularmente?  SI  NO  
Nombre de la medicina \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

E. Tiene su niño(a) alguna enfermedad seria, accidentes, operaciones? Favor de explicar: \_\_\_\_\_

III. Historial de la Familia (opcional)

A. Años en la escuela:  
 Madre  
 Padre

B. Han habido algunos cambios en la vida de la familia del niño(a) que pueden afectar la adaptación de él/ella en la escuela?  
 Muerte o enfermedad seria de alguien cercano al niño(a)  
 Separación de la familia por más de 2 semanas  
 Cambio de un lugar a otro en los últimos 2 años,  veces  
 Separación marital/divorcio  
 Cambio de guardianes principales

C. Han ocurrido algunas cosas en la vida de su niño(a) o hay algo acerca de su niño(a) que usted piensa nos ayudaría a comprenderlo(a)? Describa brevemente: \_\_\_\_\_

D. Si usted cree que su niño(a) tiene algún problema con el habla, favor de describir el problema lo mejor posible: \_\_\_\_\_ ¿Ha recibido su niño(a) terapia del habla?  Dónde? \_\_\_\_\_

**CONTINUE POR FAVOR ATRAS**

# CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA DEL ESTUDIANTE ELEMENTARIO

Sabiendo los antecedentes de salud de su hijo/hija y de la familia, nos ayudará a proveer un programa escolar mejor. Esta información será parte del archivo confidencial de la escuela de su hijo/hija.

NOMBRE \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Persona que completó la forma: \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Si su hijo/hija tiene algún problema especial de salud o incapacidad física que pueda requerir modificaciones en el salón de clases, cuidado en la escuela, favor de comunicarse con la enfermera de la escuela al 406-3159.

## 1. Historial del Desarrollo/Prenatal (Marque todo lo que sea aplicable)

### A. Historial de su Nacimiento:

1. Embarazo: Comenzó el cuidado prenatal al \_\_\_\_\_ mes.  
\_\_\_\_ Edad de la madre durante el embarazo  
\_\_\_\_ Dificultades durante el embarazo-circule lo que sea aplicable: Flujo de sangre, hinchazón de manos o pies, alta presión de sangre, baja presión (anemia)  
\_\_\_\_ Enfermedades o accidentes durante el embarazo:  
\_\_\_\_ Medicamentos durante el embarazo:  
\_\_\_\_ Fumó
2. Parto y Nacimiento  
\_\_\_\_ Prematuro  
\_\_\_\_ Se atrasó el parto más de 2 semanas  
\_\_\_\_ El parto duró más de 24 horas  
\_\_\_\_ Parto mediante operación cesárea  
\_\_\_\_ El bebé pesó menos de 5 libras  
\_\_\_\_ El bebé tuvo dificultad para respirar  
\_\_\_\_ Nació con la piel amarillenta (Jaundice)  
\_\_\_\_ Días en el hospital después del nacimiento  
\_\_\_\_ Otros problemas \_\_\_\_\_

### B. Desarrollo:

1. En su infancia, el niño(a) era:  
\_\_\_\_ Muy activo(a), descansaba a ratos  
\_\_\_\_ Muy callado(a), dormía la mayoría del tiempo  
\_\_\_\_ Tenía cólicos  
\_\_\_\_ Problema con el aumento de peso  
\_\_\_\_ Fácil de cuidar
2. Anote la edad (meses) cuando el niño(a) pudo sentarse solo(a) \_\_\_\_\_, anduvo solo(a) \_\_\_\_\_, comenzó a hablar \_\_\_\_\_.
3. Cuando empezaba a andar, el niño(a) era:  
\_\_\_\_ Muy exigente  
\_\_\_\_ Muy activo  
\_\_\_\_ De buena disposición  
\_\_\_\_ Torpe  
\_\_\_\_ Propenso a accidentes
4. Como preescolar, el niño(a):  
\_\_\_\_ Era muy activo(a)  
\_\_\_\_ La mayor parte del tiempo, jugaba solo(a)  
\_\_\_\_ Asistió a guardería/preescolar  
Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_

**CONTINUE POR FAVOR ATRAS**