

**FRAMINGHAM PUBLIC SCHOOLS
HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

Este formulario debe de ser completado por el padre o custodio legal del niño(a). Por favor, complete el formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela de su niño(a).

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento
------------------------------	----------------------------

HISTORIAL DE SALUD		SÍ	NO
¿Hubo algún tipo de preocupación con el embarazo o el parto? Si la respuesta es sí, por favor, describa que tipo de preocupación hubo.			
¿Estaban las etapas de desarrollo del niño(a) dentro de los límites normales? Si no, por favor, describa			
¿Tiene su hijo(a) algún problema de salud que la enfermera deba saber? Si la respuesta es sí, por favor describa.			
¿Padece su hijo de alguna alergia, sensibilidad o intolerancia? Si la respuesta es sí, por favor describa.			
¿Tiene su hijo una receta para un EPI-PEN en la escuela? Si la respuesta es sí, por favor describa.			
¿Su hijo(a) toma medicamentos regularmente? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de medicamento(s)?			
¿Ha tenido su hijo algún tipo de cirugía? Si la respuesta es sí, por favor describa.			
¿Ha sido su hijo hospitalizado? Si la respuesta es sí, por favor describa.			
¿Su hijo tiene algún historial de infecciones del oído?			
¿Su hijo tiene algún historial de pérdida de la audición?			
¿Usa su hijo un aparato auditivo?			
¿Tiene su hijo historial de problemas de la visión? Si la respuesta es sí, por favor describa.			
¿Usa su hijo anteojos?			
¿Puede su hijo (a) participar en todas las actividades escolares? Si No, por favor describa las adaptaciones o modificaciones necesarias.			
¿Ha recibido su hijo atención médica en cualquiera de las siguientes condiciones?			
Asma	Diabetes	Condición de salud mental	Migrañas
Conmoción cerebral/ lesión en la cabeza	Condición del corazón	ADD/ADHD (déficit de atención/Déficit de atención e hiperactividad)	Convulsiones
Trastorno hemorrágico	Problemas ortopédicos	Otro	
Trauma causado por un accidente	Problemas con la vejiga		
Fecha del último examen físico		Fecha de la última cita dental	
Firma del padre o custodio		Fecha	