

**HEALTH HISTORY PORTION IN SPANISH
(OF CERTIFICATE OF CHILD HEALTH EXAMINATION)**

**FAVOR DE VER LA VERSION EN ESPANOL ADJUNTA DEL
HISTORIAL DE SALUD QUE DEBE SER LLEENDA
POR LOS PADRES.**

| | | | | | | | |
|--|--------|---------|-------------------|--|-------------|----------------|--|
| Nombre del Estudiante | | | | Fecha de Nacimiento | Sexo | Escuela | Grade / Nám. De Ident. |
| Apellido | Nombre | Inicial | | Mes / Día / Año | | | |
| HISTORIAL DE SALUD PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD | | | | | | | |
| ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro) | | | | MEDICINAS (Anoté todas las recetadas o tomadas con regularidad.) | | | |
| ¿Diagnóstico de Asma? | Sí | No | Indique Severidad | ¿Pérdida de las Funciones de uno de los pares de Órganos? (Ojos / Oídos / Ríñones / Testículos) | Sí | No | |
| ¿Niño(a) despierta tosiendo en la noche? | Sí | No | | ¿Hospitalizaciones? | Sí | No | |
| ¿Defectos de Nacimiento? | Sí | No | | ¿Cuándo? ¿Para Qué? | | | |
| ¿Retrasos del Desarrollo? | Sí | No | | ¿Cirugía? (Anótelas Todas) | Sí | No | |
| ¿Problemas De La Sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes, Otro Explique | Sí | No | | ¿Cuándo? ¿Para Qué? | | | |
| ¿Diabetes? | Sí | No | | ¿Heridas Graves o Enfermedad? | Sí | No | |
| ¿Herida de la Cabeza / golpe / desmayo? | Sí | No | | ¿Prueba positiva de la piel para el TB | Sí * | No | *Si contestó sí, referencia al departamento de salud local |
| ¿Convulsiones? ¿Cómo Se Manifiestan? | Sí | No | | ¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)? | Sí * | No | |
| ¿Problemas Cardíacos / Falta de Respiración? | Sí | No | | ¿Uso de Tabaco (Tipo, Frecuencia)? | Sí | No | |
| ¿Soplo Cardíaco / Presión Arterial Alta? | Sí | No | | ¿Uso de Alcohol / Drogas? | Sí | No | |
| ¿Mareos O Dolor De Pecho Al Hacer Ejercicio? | Sí | No | | ¿Historial Familiar de Muerte Repentina antes de los 50 años? (¿Causa?) | Sí | No | |
| ¿Problemas con los Ojos / Visión? Lentes * Lentes de Contacto * Último Examen | | | | Dental ** Ganchos ** Puente ** Placas Otro | | | |
| ¿Otras Preocupaciones? (bizzo, párpados caídos, entrecerrar los ojos, dificultad cuando lee) | | | | ¿Otras Preocupaciones? | | | |
| ¿Problemas de Audición? | Sí | No | | La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación. | | | |
| ¿Problemas de los huesos / Articulaciones / Heridas / Escoliosis? | | | | Firma del Padre / Tutor | | Fecha | |