

Antecedentes médicos actualizados: 2021-2022

Health History Update: 2021-2022

Complete el formulario y devuélvalo a la enfermería o la oficina de la escuela. Muchas gracias.

Please complete and return to the school nurse or office. Thank you.

Las leyes del estado de Ohio exigen tener en archivo un formulario con los antecedentes médicos de cada estudiante.

Ohio State Law requires that a Health History form be on file for every student.

Nombre del estudiante - Student's Name _____

Fecha de nacimiento - Date of Birth _____

Grado/Salón - Grade/Homeroom _____

Nombre del médico - Doctor's Name _____

Número de teléfono - Phone Number _____

Última consulta - Last checkup or visit _____

Nombre del dentista - Dentist's Name _____

Número de teléfono - Phone Number _____

Última consulta - Last checkup or visit _____

Seguro médico/Insurance: ___ Medicaid (encierre en un círculo: CareSource/ Molina/ United Health Care/ Paramount/ Buckeye)

Seguro médico privado/Private insurance. Nombre del proveedor/Provider name _____ Ninguno/None _____

¿Ha tenido su hijo(a) historial con algunos de los siguientes problemas? (Encierre en un círculo la opción Sí o No)

Any history of the following problems? (Please circle Yes or No)

Historial del Estudiante y la Familia History for Student and then Family	Estudiante Student	Familia Family
Alergias: estacionales/Fiebre del heno Seasonal Allergies/Hay fever	SI YES	NO
Alergia que ponga en riesgo su vida - ¿Causa? ___ EpiPen prescrito Life-threatening allergy - cause? EpiPen prescribed	SI YES	NO
Déficit de la atención e Hiperactividad ADD/ADHD	SI YES	NO
Anemia u otros problemas de sangre Anemia or Other Blood Problems	SI YES	NO
Asma Asthma	SI YES	NO
Problemas de comportamiento _____ Behavioral Problems _____	SI YES	NO
Problemas de presión arterial (Alta/Baja) Blood Pressure Problems (High/Low)	SI YES	NO
Problemas del desarrollo Developmental Problems	SI YES	NO
Cáncer-tipo: _____ Cancer-type	SI YES	NO
Diarrea o constipación crónica Chronic Diarrhea or Constipation	SI YES	NO
Infecciones crónicas del oído Chronic Ear Infections	SI YES	NO
Depresión Depression	SI YES	NO
Diabetes Diabetes	SI YES	NO
Consumo de drogas o alcohol durante el embarazo Drugs or Alcohol Use During Pregnancy	SI YES	NO
Eczema/Condición crónica de la piel Eczema/Chronic Skin Condition	SI YES	NO

Historial del Estudiante y la Familia History for Student and then Family	Estudiante Student	Familia Family
Problemas emocionales/psicológicos Emotional/Psychological Problems	SI YES	NO
Dolores de cabeza frecuentes/Lesión craneal/ ¿Conmoción/trauma en la cabeza? ¿Cuándo? _____ Frequent Headaches/Head Injury/Concussion? When?	SI YES	NO
Dolores de estómago frecuentes Frequent Stomachaches	SI YES	NO
Problemas de audición Hearing Problems	SI YES	NO
Enfermedad cardíaca-tipo _____ Heart Disease-type	SI YES	NO
Enfermedad renal- tipo _____ Kidney Disease-type	SI YES	NO
Problemas de aprendizaje _____ Learning Problems	SI YES	NO
Prematuro(a) o peso menos de 5 lbs al nacer Prematurity or Birth Weight under 5 lbs.	SI YES	NO
Trastorno convulsivo/Epilepsia/Tics Seizure Disorder/Epilepsy/Tics	SI YES	NO
Enfermedad de célula falciforme Sickle Cell Disease	SI YES	NO
Problemas para dormir Sleep Problems	SI YES	NO
Problemas del habla Speech Problems	SI YES	NO
Dolor de muelas/Problemas dentales Toothache/Dental Problems	SI YES	NO
Problemas de la vista/Usa lentes/espejuelos Problems with Vision/Wears Glasses	SI YES	NO
¿Cirugía? ¿Qué tipo? _____ Surgery? What type?	SI YES	NO

Evaluación de Riesgo de Tuberculosis (TB):

Tuberculosis (TB) Risk Assessment

¿Ha estado su estudiante en contacto con algunas de las siguientes personas: inmigrantes de otro país, alguien diagnosticado o tratado por TB, niños o adultos encarcelados, infectados de VIH/SIDA, personas sin hogar/indigentes, residentes de un hogar de ancianos, niños o adultos institucionalizados, consumidores de drogas ilícitas, o trabajadores agrícolas migrantes?

Is your student in contact with any of the following persons: immigrants from another country, someone diagnosed with or treated for TB, incarcerated children or adults, HIV infected, homeless, nursing home residents, institutionalized children or adults, illegal drug users, migrant farm workers?

Para su estudiante, favor marcar sí o no con un círculo y explique cualquier respuesta positiva en el espacio ofrecido.

For your student, please circle yes or no below, and explain any yes answers in space provided.

¿Diagnosticado o tratado por TB? _____ NO _____ SI/Yes _____
Diagnosed or treated for TB?

¿Inmigrante de otro país? _____ NO _____ SI/Yes _____
Immigration from another country?

¿Ha viajado a otro país? _____ NO _____ SI/Yes _____
Traveled to another country?

¿Ha estado en la cárcel o en un Centro de Detención Juvenil (2021)?
Ever been in jail or in Juvenile Detention Center (2021)? _____ NO _____ SI/Yes _____

¿Su hijo ha recibido la vacuna COVID-19? NO _____ SI/Yes _____

Nombre del estudiante/Name of Student: _____

Favor indicar cualquier problema o condición médica **ACTUAL** que tenga su niño(a) (puede ser lo mismo que indicó anteriormente) / Please list any CURRENT health problems or conditions your child has (may be the same as above):

Favor indicar cualquier **alergia** (incluye alergias a **alimentos, medicamentos, ambiental, estacional, etc.**) / Please list any allergies (include food, medications, environmental, seasonal, etc.): _____

Favor indicar cualquier restricción alimentaria (médica o no médica)/Please list any dietary restrictions (medical or non-medical):

¿Visita su hijo(a) algún especialista? En caso positivo, favor indicar la condición, nombre del médico, y teléfono / Does your child see a specialist? If yes, please list condition, doctor's name, and phone number:

Favor indicar cualquier medicamento (con o sin receta) que su niño(a) toma **en casa** diariamente o cuando lo necesite (como medicamento para el déficit de la atención (ADHD, por sus siglas en inglés), alergias, asma, o dolores de cabeza) / Please list any medications (prescribed or over-the-counter) your child takes at home on a daily or as-needed basis (such as medication for ADHD, allergies, asthma, or headaches):

****NOTA ESPECIAL: Si su estudiante necesita tomar cualquier medicamento en la escuela, incluyendo medicamentos de emergencia (como un inhalador o Epi Pen), debe completar un formulario de Administración de Medicamentos de CPS (disponible en la escuela)**

If your child must take any medications at school, including emergency medications (such as an inhaler or Epi Pen), you must fill out a CPS Administration of Medication form (available at the school).

¿Ha tenido su hijo(a) alguna operación, lesiones graves u hospitalizaciones? / Has your student had any operations, serious injuries or overnight hospital stays? No _____ Si/Yes _____ Favor explicar:

¿Ha estado su hija embarazada? / Has your child ever been pregnant? No _____ Si/Yes _____ Favor explicar:

¿Ha sido su hijo(a) víctima de abuso? / Has your child ever been a victim of abuse? No _____ Si/Yes _____

¿Le ha pasado algo malo, trágico o triste a su familia? / Has anything bad, scary or sad happened to your family? No _____ Si/Yes _____ Favor explicar:

Preocupaciones Escolares/School Concerns

¿Está su hijo(a) en una clase de educación especial? / Is your child in a special education class? No _____ Si/Yes _____: favor explicar: _____

¿Ha repetido su hijo(a) algún grado? Has your child repeated a grade? No _____ Si/Yes _____: detalles: _____

¿Se mete en problemas a menudo en la escuela? / Does your child get into trouble at school? No _____ Si/Yes _____: detalles: _____

¿Cuáles son las calificaciones de su hijo(a) en la boleta de calificaciones? What are your child's grades on the report card?

¿Ha tenido algún cambio recientemente en sus calificaciones? / Any changes recently in grades? No _____ Si/Yes _____

Nombre del padre/madre/tutor / Name of Parent/Tutor _____

Fecha / Date _____

¿Cómo podemos contactarlo durante el horario escolar? / How can we reach you during school hours? Celular/Cell: _____

Trabajo / Work _____ Otro / Other _____