



Bristol-Burlington Health District

SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR
Historia de salud

Este formulario debe ser completado por el padre / tutor legal del niño

| | |
|--|--|
| Colegio: _____ | GRADO: _____ |
| Nombre del Estudiante: _____ | SEXO: _____ |
| Fecha de Nacimiento: _____ | |
| Dirección: _____ | Teléfono: _____ |
| <u>NOMBRES DE PADRES / TUTORES</u> | <u>TELEFONO DEL TRABAJO / CÉLULAR</u> |
| _____ Celular: _____ | Trabajo: _____ |
| _____ Celular: _____ | Trabajo: _____ |
| El niño vive con: _____ | Número de teléfono: _____ |
| Proveedor de cuidado después de la escuela: _____ | Teléfono: _____ |
| El niño asistió a la escuela preescolar: Si ___ No ___ | Nombre del Preescolar: _____ |
| Lista de escuelas anteriores: _____ | |

HISTORIA FAMILIAR DEL ESTUDIANTE (Si vive, diga su nombre y su estado de salud actual. Si falleció, indique la causa de su fallecimiento).

Padre del estudiante: _____
 Madre del estudiante: _____
 Hermanos del estudiante: _____
 Hermanas del estudiante: _____

REGISTRO DE ENFERMEDAD: (Verifique la enfermedad / condición que le pertenece a su hijo. Indique la fecha y / o edad)).

Anemia _____ Desorden hemorrágico _____ Diabetes _____ Enfermedad Cardíaca _____
 Asma _____ Neumonía _____ Fiebre reumática _____ Estreptococo _____
 Fiebre Escarlatina _____ Tuberculosis _____ Enfermedad renal _____ Meningitis _____
 Infecciones crónicas del oído _____ Otras Enfermedades Respiratorias: _____ Meningitis _____
 Varicela _____ Envenenamiento por plomo _____ Hernia _____ Eczema _____
 Alergia de Alimentos _____ Alergia ambiental _____ Sarna _____
 Alergia al látex _____ Alergia de Picadura de Abeja _____
 Enfermedad de Lyme _____ Lesiones graves _____ Cirugías _____
 Hemorragias Nasales _____ Dolores de Cabeza/ Migrañas _____ Convulsiones _____
 Otra enfermedad / condición médica: _____

POR FAVOR INDIQUE SÍ / NO A LO SIGUIENTE:

Usa lentes / contactos (Circule una) _____ Uso de equipo especial (indica el tipo): _____

Usa audífonos: D ___ I ___ Los dos _____ Tubos en el oído: D ___ I ___ Los dos _____

Toma Medicamentos diariamente (indique los nombres): _____

Firma: _____ Fecha: _____
 (Padre / tutor legal)