

Kingston City School District

Historia médica del estudiante

Nombre:		Fecha de nacimiento:		Sexo:
Padre / Guardian: (persona completando este formulario)		Edad:	Grado:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		Teléfono de casa:		Fecha:
		Número celular:		
Su niño/a alguna vez:	SÍ	NO	Al contestar "sí", por favor explicar y dar fechas:	
Ha tenido una condición médica recurrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha visto un especialista médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha tenido alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alimentarias <input type="checkbox"/> ambientales <input type="checkbox"/> insectos <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> otras	
Ha sido hospitalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha tenido una operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha tenido heridas necesitando una visita a la sala de urgencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha faltado a la escuela 5 días consecutivos debido a una enfermedad / herida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha tenido una lesión de los huesos o músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha tenido desmayos, contusión cerebral o lesión de cabeza grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha tenido convulsiones / ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha tenido una condición o problema de vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anteojos <input type="checkbox"/> lentes de contacto	
Ha tenido una condición o problema de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aparato auditivo <input type="checkbox"/> implantes cocleares	
Ha tenido un puente dental, ortodontia o boquilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Un miembro de su familia con menos de 50 años:	SÍ	NO	Al contestar "sí", por favor especificar:	
Ha tenido un ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha tenido otros problemas serios de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Indicar todos los que apliquen a su niño/a:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD (TDAH)
<input type="checkbox"/> Asma/ problemas respiratorios
<input type="checkbox"/> Autismo/Asperger
<input type="checkbox"/> Lesiones dentales
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Infecciones auditivas
<input type="checkbox"/> Condiciones GI(úlceras ,reflujo, IBS) | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migrañas
<input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Condición de salud mental (depresión, trastornos alimentarios ansiedad,OCD, ODD) | <input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> Un solo órgano (<input type="checkbox"/> riñón <input type="checkbox"/> testículo)
<input type="checkbox"/> Condición de la piel
<input type="checkbox"/> Dificultad para hablar
<input type="checkbox"/> Condición urinaria |
|--|---|--|

Medicamentos actuales	SÍ	NO	Por favor, alistar los nombres, dosis y hora(s)
Dado en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomado en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipo adaptivo	SÍ	NO	Por favor, marcar todos los que apliquen
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> caminante <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otro:
Tratamientos	SÍ	NO	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insulina/monotorización de sangre <input type="checkbox"/> Dieta especial <input type="checkbox"/> inhalador/ nebulizador/ medidor de flujo máximo

Hay alguna condición que impediría que su niño/a pueda participar en clases de educación física o deportes?

No Sí: _____

Por favor incluir otras preocupaciones: (usar el otro lado de esta hoja si es necesario)

Padre/ Guardian Firma: _____ Fecha: _____

TO BE COMPLETED BY SCHOOL NURSE ONLY

FOR ATHLETIC COMPETITION

Student Name: _____

DATE of INITIAL PE	SPORT	CLEARED	HOLD / REASON	RN INITIALS

DATE OF INTERVAL	SPORT	CLEARED	HOLD / REASON	RN INITIALS

DATE OF INTERVAL	SPORT	CLEARED	HOLD / REASON	RN INITIALS

DATE OF INTERVAL	SPORT	CLEARED	HOLD / REASON	RN INITIALS

For School Nurse Only – If Positive

	Date order received	RN Initials
Allergies		
Asthma		
Diabetes		