

Fecha _____

Formulario de Historia Médica

** La historia médica reunida por la enfermera de la escuela no es para hacer diagnósticos. La enfermera reúne información de agencias externas y de los padres para determinar si hay un síndrome específico, preocupaciones médicas, medicamentos y alguna información considerada necesaria para planear el programa de educación del estudiante. Este formulario es completado como parte de una EVALUACIÓN COMPLETA E INDIVIDUAL para determinar la elegibilidad de INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudará a planear el programa escolar de su hijo. Solo el personal autorizado de la escuela trabajando con su hijo revisará este formulario.

Nombre completo del estudiante _____
Sexo del estudiante: hombre mujer Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Este formulario se llenó por _____ por medio: entrevista por teléfono traductor
 reunión en persona el formulario fue llenado por un guardián y después fue revisado por una enfermera.

La relación entre la persona llenando estas preguntas y el estudiante:
 Padre biológico Abuelo(a) Padrastro(a) otro _____
 Padre(s) de acogida (por favor incluya el primer año de custodia _____)
 Padre adoptivo (por favor incluya el primer año de custodia _____)

Historia Familiar

Por favor, escriba una historia familiar de preocupaciones actuales, crónicas, físicos, genéticos, y de salud mental en el estudiante, padres, abuelos, y hermanos.

Embarazo/ Historia de nacimiento

Por favor marque problemas atípicos, con el embarazo/ parto:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> diabetes gestacionales | <input type="checkbox"/> fetal drug/alcohol exposure |
| <input type="checkbox"/> presión alta /preeclampsia | <input type="checkbox"/> problemas con la placenta |
| <input type="checkbox"/> infección | <input type="checkbox"/> embarazo de alto riesgo |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> pérdida anormal de sangre |
| <input type="checkbox"/> parto pretérmino | <input type="checkbox"/> otro (explique) _____ |
| <input type="checkbox"/> cesárea | <input type="checkbox"/> oxígeno dado |
| <input type="checkbox"/> asistida con pinzas o aspiradora | <input type="checkbox"/> temperatura elevad o infección |
| <input type="checkbox"/> trauma del nacimiento (anoxia) | <input type="checkbox"/> ictericia con/ luces de bilirrubina |
| <input type="checkbox"/> UCIN (Unidad de cuidados intensivos neonatales): _____ | |
| <input type="checkbox"/> otras preocupaciones al momento de nacer: | |

Metas de Desarrollo

¿Ha tenido su hijo alguna vez un retraso en alcanzar el desarrollo infantil normal? es decir, caminar, hablar, interacciones sociales, habilidades motoras finas o gruesas, dificultad para entender o seguir instrucciones.

Historia de accidentes y lesiones

Por favor escriba accidentes/ lesiones pasados (incluyendo lesiones de la cabeza) requiriendo tratamiento.

| Accidente / lesión | Fecha | Tratamiento necesario, es decir hospitalización, cirugía, medicación, terapia, rehabilitación, etc. |
|---------------------------|--------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Condiciones diagnosticadas

Marque el cuadro si su hijo ha sido diagnosticado o experimentado algún problema relacionado a un sistema particular del cuerpo y describa el problema abajo. Por favor de detalles sobre la enfermedad, año o edad diagnosticada, y especifique el tratamiento actual (ej. medicamentos, terapias, dispositivos).

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Dental |
| <input type="checkbox"/> Respiratoria | <input type="checkbox"/> Autoinmunológico |
| <input type="checkbox"/> Neurológico | <input type="checkbox"/> Endocrino |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Genetico |
| <input type="checkbox"/> Genitourinario | <input type="checkbox"/> Linfatico |
| <input type="checkbox"/> Musco esquelético | <input type="checkbox"/> Comportamiento (trastorno de oposición desafiante) (ODD) |
| <input type="checkbox"/> HEENT (cabeza, oídos, ojos, nariz, garganta) | <input type="checkbox"/> Salud Mental (ADHD, Anxiety, Autism, etc) |

Describe los problemas en detalle:

¿Su hijo usa lentes? Sí No solamente a la distancia solamente para leer continuamente

¿Su hijo ha faltado más de 25 días en un año escolar? (si la respuesta es sí, explique.)

¿Su estudiante ha repetido una vez un grado escolar? grado(s) y razón(es):

Por favor escriba abajo si su hijo tiene o ha tenido problemas de comportamiento

¿Su hijo presenta dificultad para dormir? ¿Mantenerse dormido? Staying asleep? ¿Patrones consistentes de Interrupciones para dormir?

¿Su hijo recibe algún servicio de educación especial o de recuperación, o asiste a clases especiales?

¿Su hijo ha recibido terapia o ayuda de alguna agencia privada o de la comunidad? Por favor, detalle las terapias y las empresas. (ej. Terapia ABA, Terapia física, terapia ocupacional, lenguaje, ayuda psicológica, etc.)

¿Se habla otro idioma además del inglés en casa? _____

¿Su hijo es fluido en hablar y entender este idioma? _____

Por favor describa la personalidad y fortalezas de su hijo.

¿Cuáles son sus preocupaciones concerniente a su hijo?

¿Hay algo adicional que quiera que sepamos acerca de la salud o las necesidades médicas de su hijo?

****Esta historia médica ha sido revisada y firmado por una enfermera registrada empleada por el distrito escolar de Weber. Esta información será revisada por personal autorizado durante el proceso de elegibilidad para educación especial. Este formulario ha sido completado según mi mejor conocimiento.**

Revisado por una enfermera registrada: _____ Fecha: _____