

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD
PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR

Cuestionario de antecedentes médicos y familiares

Nombre del niño: _____ Fecha de hoy: _____

INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR

Indique si algún integrante de la familia del niño (padres, hermanos, hermanas, abuelos) tiene o ha tenido lo siguiente:

Problemas de salud	Sí	No	¿Qué integrante de la familia fue?
Asma			
Diabetes			
VIH/SIDA			
Problema psiquiátrico/de salud mental			
Anemia drepanocítica			
Tuberculosis/TB			
Otro:			

Alergias (*Enumere todas, incluidos los medicamentos*)

¿Quién es el proveedor médico habitual del estudiante?

Nombre: _____ Teléfono del consultorio: () - _____

Dirección: _____

¿Cuándo se realizó su hijo el último examen físico o examen del niño sano? _____
Fecha/Mes

Proporcione el nombre y el número de teléfono de su farmacia.

Nombre: _____ Número de teléfono: () - _____

INFORMACIÓN MÉDICA DE SU HIJO

Marque la casilla que corresponda para indicar todos los problemas de salud que haya tenido su hijo.

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención	<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infección de oído (frecuente)	<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza (frecuente)
<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos/Soplo	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Otro:	_____

Si su hijo ha sido hospitalizado, proporcione la(s) fecha(s) y el (los) motivo(s):

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA Y DE VENTA LIBRE QUE

TOMA SU HIJO: _____
