

Historial Médico Escolar de Ohio

| | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------|---------------------|
| Nombre del niño/de la niña | Género | Edad | Fecha de nacimiento |
| in | | | |
| Etnicidad | | | |
| Caucásico/a | Afroamericano/a | Hispano/a | Asiático-americano |
| | | | Otro |
| ¿Quién es el tutor legal del niño? | ¿Con quién vive el niño? | Domicilio del niño | |
| Madre/padre/tutor | Domicilio de la madre/ del padre/tutor | Número telefónico de la casa | |

Historial de servicio social

Marque con una "X" en la línea si tiene contacto con alguna de las siguientes agencias:

Servicios de protección infantil Si es así, nombre del asistente social _____
 Sistema jurídico/judicial
 Servicios de consejería familiar
 Proveedor de servicios de salud mental
 Otro: _____

Marque con una "X" en la línea si usted o su hijo/a recibe(n) alguna de las siguientes asistencias médicas:

Seguro de ingreso suplementario (SSI)/ Healthy Start Seguro / Discapacidad
 LEAP Medicaid/CHIP Otro _____

Antecedentes de salud familiar

Por favor anote los nombres y apellidos de todos los miembros de la familia del niño/ de la niña incluyendo a los padres y hermanos.

| Nombre y apellido | Fecha de nacimiento | Género | Problemas de salud | ¿Este/a niño/a asiste a la escuela? | Si es así, ¿dónde? |
|-------------------|---------------------|--------|--------------------|-------------------------------------|--------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |

Antecedentes perinatales

¿Tuvo la madre alguna enfermedad física o emocional inusual durante este embarazo?
 sí no Si es así, explique brevemente. _____

Qué edad tenía la madre cuando nació el niño/la niña? Nació el bebé: _____ ¿Cuánto pesó el bebé al nacer?
 _____ Término completo Prematuro Tardío _____ lbs. _____ oz.

¿El bebé tuvo alguna enfermedad o problemas?
 sí no

Historial del desarrollo

Por favor indique la edad aproximada del niño/ de la niña cuando:

Aprendió a caminar por sí mismo/a _____

Habló con frases

Aprendió a ir al baño

Aprendió a vestirse

¿Cómo se compara el desarrollo de este/a niño/a con el de otros/as niños/as, como sus hermanos/as o amigos/as?

_____ Casi igual _____Retrasado _____Adelantado

Alergias

Por favor indique y describa alergias o reacciones a

medicamentos/fármacos

alimentos/plantas/animales/otros

tratamiento recomendado si la alergia es severa

Lesiones, enfermedades & hospitalizaciones

Por favor indique todas las lesiones graves, enfermedades y hospitalizaciones incluyendo procedimientos quirúrgicos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

| Lesiones/enfermedades/hospitalizaciones | Edad | Si fue hospitalizado/a, explique |
|---|------|----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¿Su hijo lleva puesto el cinturón de seguridad cuando va en automóvil?

_____ sí _____ no

¿El estudiante usa un casco cuando anda en bicicleta, en patines o en motocicleta?

_____ sí _____ no

Información de medicamentos

Por favor describa cualquier tipo de medicamentos que su niño necesita diario y frecuentemente.

| Nombre del medicamento | ¿Para qué es el medicamento? | ¿Con qué frecuencia necesita el medicamento? ¿A qué hora es administrado el medicamento? |
|------------------------|------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Estado de salud

Por favor indique cualquier afección médica que el niño tiene en la actualidad o que haya tenido.

- | | |
|--|---|
| ___ Curvatura anormal de la columna vertebral _____ | ___ Hemofilia _____ |
| ___ Alergias/fiebre de heno _____ | ___ Hepatitis _____ |
| ___ Anemia _____ | ___ Seropositivo (VIH) _____ |
| ___ Reacción anafiláctica _____ | ___ Hiperactividad _____ |
| ___ Asma o sibilancia _____ | ___ Artritis juvenil _____ |
| ___ Trastorno por deficit de atención (ADD) _____ | ___ Artritis _____ |
| ___ Problema de comportamiento _____ | ___ Enfermedad renal (del riñón) _____ |
| ___ Malformación congénita o de nacimiento _____ | ___ Sarampión (10 días) _____ |
| ___ Varicela, ¿cuándo? _____ | ___ Meningitis o encefalitis _____ |
| ___ Diarrea crónica o estreñimiento _____ | ___ Cancer _____ Tipo _____ |
| ___ Infecciones crónicas del oído _____ | ___ Mutismo _____ |
| ___ Preocupación por la relación con los hermanos o amigos _____ | ___ Ahogamiento/asfixia _____ |
| ___ Fibrosis quística _____ | ___ Tic nervioso _____ |
| ___ Diabetes _____ | ___ Intoxicación (envenenamiento) _____ |
| ___ Eccema/enfermedades cutáneas (de la piel) crónicas _____ | ___ Fiebre reumática _____ |
| ___ Trastorno emocional _____ | ___ Trastorno convulsivo/epilepsia _____ |
| ___ Problemas oculares, vision deficiente _____ | ___ Anemia falciforme (sickle cell disease) _____ |
| ___ Dolores de cabeza frecuentes _____ | ___ Trastornos del habla _____ |
| ___ Dolor de garganta frecuente _____ | ___ Defecarse encima _____ |
| ___ Tipo de enfermedad cardíaca _____ | ___ Dolor de muelas o problemas dentales _____ |
| | ___ Síndrome de Tourette _____ |
| | ___ Infección urinaria _____ |
| | ___ Orinarse durante el día o noche _____ |

Historial de comportamiento

El niño es generalmente: muy activo normalmente activo más bien inactivo

Ha sido su niño violento alguna vez o actuó de la siguiente manera hacia adultos o niños:

Golpear Patear Morder Pelear Rasguñar

¿Tiene alguna preocupación sobre como su niño se lleva junto con otros niños?

sí no Si es así, explique _____

Por favor incluya cualquier comentario o preocupación que tenga sobre la salud, desarrollo, comportamiento, entorno familiar o del hogar de su niño que usted quiera que la escuela tenga en cuenta.

Para la admisión preescolar, el niño debe tener:

- Vacuna DTP (difteria, tétano, tos ferina)--5 dosis de DTaP, DTP, o DT o cualquier combinación, si la cuarta (4^{ta}) dosis fue administrada antes de los 4 años;
- Polio--4 dosis o cualquier combinación de OPV (vacuna oral de polio) o IPV (vacuna antipoliomielítica inactivada), la dosis final debe ser administrada justo a los 4 años o después;
- Vacuna MMR (triple viral) --2 dosis. La primera dosis debe ser administrada justo en el primer año o después. La segunda debe ser administrada luego de 28 días como mínimo después de la primera dosis;
- Hepatitis B series de 3
- Varicela--2 dosis de inmunización contra la varicela. Una dosis si el niño ha tenido varicela. Una nota que declare esto es requerida para mantenerla en su archivo.

Firma del padre/tutor

Fecha

Historial Médico de Escuela de Ohio

Escuela _____
Inscrito _____

Nombre del niño _____ Género _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
masculino femenino

Etnicidad _____ Indígena americano/de Alaska _____
_____ Asiático/isleño del Pacífico _____ Negro (no-hispano) _____
_____ Multirracial _____

Datos objetivos

| | | |
|----------|------|------------------|
| Estatura | Peso | Presión arterial |
|----------|------|------------------|

| Vacunas | Se requieren las siguientes en esta escuela | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Tipo | Fecha M/D/1/ | | | | |
| DTaP/DPT/Td | | | | | Se requiere 5ta dosis si la 4ta dosis fue dada antes de los 4 años. |
| POLIO | | | | | Se requiere 4 ^a si la 3ra Dosis fue dada antes de los 4 años. |
| M M R | | | | | Se requiere 2da dd dosis para el Kinder. La 1ra dosis debe ser administrada justo en el primer año o después. La segunda dosis debe ser administrada luego de 28 días como mínimo después de la primera dosis. |
| HEPATITIS B | | | | | 3 dosis de Hepatitis B. La segunda dosis debe ser administrada luego de 28 días como mínimo después de la primera dosis. La tercera dosis debe ser dada luego de 16 semanas como mínimo después de la primera dosis y luego de 8 semanas como mínimo después de la segunda dosis. La última dosis en esta serie (3ra o 4ta dosis), no debe ser administrada antes de las 24 semanas de edad. |
| VARICELA | | | | | 2 dosis 1 dosis si el niño ha tenido varicela (Una nota que declare esto es requerida para mantenerla en su archivo). |
| HIB (antes de los 5 años solamente) | | | | | 4 meses 5 meses 1 dosis |
| PRUEBA DE TUBERCULINA | | | | | |
| ROTAVIRUS (dada a los 2-4-6 meses, no después de los 12 meses) | | | | | |
| OTRO | | | | | |

Pruebas de detección

| | | | | Audicion | Fecha | | |
|---------------------------------|---------|-------|----------|---------------------------------|-------|-------|----------|
| Agudeza a distancia | Derecho | Izq. | | Prueba de audiometría tonal | | | |
| Equilibrio muscular | Pasa | Falla | No hecha | Oído derecho | Pasa | Falla | No hecha |
| hipermetropia | | | No hecha | Oído izquierdo | Pasa | Falla | No hecha |
| Color | Pasa | Falla | No hecha | Niño usa audífono | | Sí | No |
| Niño usa lentes | Sí | No | | ¿Prueba con audífono? | | Sí | No |
| Prueba con lentes | Sí | No | | ¿Recomendación dada? | | Sí | No |
| ¿Recomendación dada? | Sí | No | | | | | |
| Especifique prueba/equipo _____ | | | | Otra prueba (especifique) _____ | | | |

Evaluación del habla Fecha

El niño no tiene deficiencias del habla

El niño tiene posible deficiencia con: Articulación Ritmo Voz Lenguaje

Se recomienda evaluación completa del habla: Sí No

Pruebas de laboratorio

Hemoglobina/hematocrito
Otro

Proteína en
 orina

Sangre en orina

Glucosa en
 orina

Examen médico

Fecha del examen: _____

Este niño está esencialmente dentro de los límites normales

Este niño no está dentro de los límites normales

Explique: _____

¿Tiene este niño algún problema físico, de desarrollo o comportamiento? Sugiera programas especiales, intervenciones o atención que la escuela pueda proporcionar.

Actividades & limitaciones

¿Puede el niño participar plenamente en las siguientes actividades?

Actividades escolares y académicas sí no

Clases de educación física sí no

Atletismo competitivo sí no

Deportes de contacto & colisión sí no

Especifique cualquier limitación:

¿Toma este niño medicamentos? sí no

Explique:

Firma del examinador _____ Fecha firmada _____

Nombre del examinador

Dirección

Teléfono _____

Historial Médico de Escuela de Ohio Escuela _____
Inscrito _____

Evaluación de salud bucal

| | | | |
|-----------------|--------------|---------------|---------------------------|
| Nombre del niño | Género _____ | Edad _____ | Fecha de nacimiento _____ |
| | | masculino | femenino |
| Etnicidad | Caucásico | Afroamericano | Hispano |
| | | | Asiático-americano |
| | | | Otro _____ |

Han sido realizados los siguientes servicios:

- Examinación por dentista Evaluación ortodóntica Control bucal
 Sellador dental Radiografías Aplicación de flúor
 Profilaxis dental (limpieza) Diagnóstico Receta para suplementos de flúor

Fue proporcionada la siguiente instrucción de higiene bucal:

- Cepillado Asesoría de dieta relacionada a la salud dental
 Uso del hilo dental El uso de enjuague bucal con flúor en casa/escuela

Las siguientes afirmaciones son aplicables:

- No necesita aparente atención en este momento.
 Todos los servicios de prevención han sido realizados. (Tratamiento con flúor, profilaxis)
 No son requeridos los servicios de restauración en este momento.
 Se indica tratamiento adicional. (Ver los comentarios)
 Citas adicionales han sido programadas. (ejemplo: ortodóntica, restauración)

Comentarios:

Firma del examinador _____ Fecha firmada _____

Nombre del examinador _____

Dirección _____

Teléfono _____