

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:

Table with 4 columns: Problemas de salud, Sí, No, ¿Qué integrante de la familia fue? Rows include 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.

Form with checkboxes for Asma, Trastorno por déficit de atención, Problemas de sangrado, Depresión, Diabetes, Infección de oído (frecuente), Epilepsia/convulsiones, Dolor de cabeza (frecuente), Audición, Problemas cardíacos/Soplo, Fiebre reumática, Anemia falciforme, Tuberculosis, Vista, 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: