



Healthy Kids School-Based
Health Clinics



Historia Medica

Fecha _____

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre de la madre _____

Nombre del padre _____

Historia Médica (del estudiante)

Ha tenido **su hijo/a** alguna de los siguientes condiciones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias a medicina o comida | <input type="checkbox"/> Nivel alto de plomo |
| <input type="checkbox"/> Anemia (cuenta de sangre baja) | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones o de la orina |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedades como depresión |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica, infección del seno o del oído | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico | <input type="checkbox"/> Accidente serio que necesita emergencia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo o drogadicción | <input type="checkbox"/> Abuso físico, emocional o sexual |
| <input type="checkbox"/> Desorden de comer | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales o del comportamiento | <input type="checkbox"/> Visión, audición, o problemas al hablar |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza o conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco, problemas del corazón, presión alta | |

Explique por favor cualquier condición marcada:

Historia Familiar

¿Un pariente biológico (madre, padre, hermanos, abuelos) ha tenido uno de las siguientes condiciones?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias / Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones |
| <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Drogadicción o alcoholismo | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> ¿Hay alguien en la familia que murió menos que 50 años? |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | |

Explique por favor cualquier condición marcada: _____

Otra información importante acerca de la familia:

Reviewed by: _____

Date _____