



**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE YSLETA
OFICINA DE SERVICIOS DE SALUD**

HISTORIA CLINICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____ Sexo: M F

Dirección _____ Teléfono _____

Num. Seguro Social _____ Num. de Identificación _____

Visión _____	Audición _____	Espinal _____	AN _____
Dental _____	Cabello _____	Altura _____	Peso _____

HISTORIA CLINICA U HOSPITALIZACION DE LA FAMILIA

(Indique con un circulo)

Indique Parentesco el estudiante

Anemia Células Falciformes	Si / No	_____
Ataques/Convulsiones	Si / No	_____
Cancer	Si / No	_____
Diabetes	Si / No	_____
Presión Arterial Alta	Si / No	_____
TB	Si / No	_____
Otro _____	Si / No	_____

HISTORIA CLINICA DE ESTUDIANTE U HOSPITALIZACIONES

(Favor de poner ✓ en donde sea apropiado)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Anemia Células Falciformes | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | Usa lentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Trastornos musculares |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de la garganta | <input type="checkbox"/> TB | <input type="checkbox"/> Trastornos de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problema de los oidos | <input type="checkbox"/> Trastornos con el habla | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Desordenes de los huesos o coyunturas | | <input type="checkbox"/> Trastornos del corazon | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Alergias – Medicamentos/alimentos/otros: (favor de enumerar) _____

Enumere algunas lesiones serias, operaciones, enfermedades: _____

Nombre del Doctor _____

Dirección

Teléfono

Enumere algun medicamento que este tomando actualmente:

Nombre _____ Motivo _____

Nombre _____ Motivo _____

Nombre _____ Motivo _____

Nombre _____ Motivo _____

Firma del Padre o Tutor

Fecha