Escuelas Publicas de Springfield
Departamento de Salud de Springfield
Historial Medico

Nombre del estudiante:_____SSN:_____Grado:____
Apellido Nombre Inicial

Peso al nacer:___lbs.___oz. Se sento a la edad de:___Camino a la edad de:__Hablo a la edad de:____

Haga una marca de cotejo: FECHA DE NACIMIENTO _____ _____ _____

SI	NO	
____	____	**¿Hubo algun problema durante el embarazo? Describa:_____**
____	____	**¿Varicelas? ¿Cuándo? _____**
____	____	**¿Es alergico(a) a alguna comida? ¿Cuál?_____**
____	____	**¿Es alergico(a) a algun medicamento? ¿Cuál?_____**
____	____	**¿Es alergico(a) a picadas de abejas? Explique:_____**
____	____	**¿Tiene algun problema emocional? ¿Esta recibiendo concejeria?_____**
____	____	**¿Tiene algun problema de vision? Explique:_____**
____	____	**¿Tiene algun problema de audicion? Explique:_____**
____	____	**¿Tiene dolor de oidos frecuentemente? Explique:_____**
____	____	**¿Tiene algun problema del habla? Explique:_____**
____	____	**¿Tiene alguna condicion medica como asma, diabetis, ataques, u otras? Describa:_____**
____	____	**¿Ha tenido algun accidente o herida severa? Que? ¿Cuándo?_____**
____	____	**¿Ha sido hospitalizado alguna vez? ¿Por qué y cuando?_____**
____	____	**¿Toma el estudiante alguna medicina regularmente? ¿Qué?_____ ¿Cuándo?_____**
____	____	**¿Usa el estudiante algun tipo de espejuelos o lentes de contacto?_____**
____	____	**¿Existe alguna razon por la cual el(a) estudiante no pueda tolerar ejercitarse normalmente?_____**
____	____	**¿Hay algo mas que deberiamos saber acerca de la salud del estudiante?_____ Describa:_____**

HAGA UNA MARCA DE COTEJO Y FIRME ABAJO

____ **Yo tengo mi propio doctor o clinica y prefiero que mi hijo(a) reciba examenes fisicos y vacunas privadamente.**

____ **Yo deseo que los examenes fisicos de mi hjo(a) sean hechos por el medico o enfermera de la escuela. (Esto incluye el examen de pinchadura de dedo y la prueba de orina que hace la enfermera)**

____ **Yo doy el permiso para que se le haga a mi hijo(a) la prueba de tuberculosis si es necesario.**

Doctor o clinica del estudiante:_____Telefono:_____
Dentista del estudiante:_____Telefono:_____
Seguro: HMO:____ Medicaid:____ Master Health Plus:____ Otro:____ Ninguno:____

El estudiante asistio: (escriba el nombre de la escuela, ciudad y el estado)
Pre-escolar:_____
Capitulo 1:_____
Otro tipo de escuela:_____
¿Atendio el estudiante algun Centro de Salud de Springfield? Si_____ No_____

Firma:_____ Fecha:_____