

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD PARA NIÑA O ADULTO

Este historial de salud debe ser completado y firmado por los padres/tutores de la niña o por el propio adulto.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección de Hogar Padre/Guardian	No. de Tropa y Grupo (Codigo de Area) Telefono	
Dirección de Hogar Dirección de Negocio	(Código de Área) Teléfono	
En Caso de Emergencia Notificar	Relación	
Dirección	(Código de Área) Teléfono	
Nombre de su Doctor:	(Código de Área) Teléfono	
Nombre de su seguro médico:	No. De Póliza o Grupo	

Parte I: Enfermedades y lesiones (marque los que se aplican y da fechas)

Enfermedad crónica o recurrente

- Infección de oído Trastornos hemorrágicos o de coagulación Hipertensión Asma
 Defectos Cardiólogos Trastorno Musculoesqueletico Convulsiones Diabetes Otro (Especificar)

Fecha del último examen médico: _____

¿Hubo problemas médicos complicados observados en el último examen médico? _____

¿Actualmente está (s) bajo el cuidado de un médico o un psicólogo? _____

Desde el último examen de salud, ha tenido:

¿Una lesión grave que requiere atención medica? _____ ¿Una enfermedad que duro más de 5 días? _____ ¿Tratamiento en un hospital o sala de emergencias? _____

Cualquier prescripción o medicamento _____ ¿Una operación quirúrgica o fractura? _____

¿Cualquier exposición a una enfermedad contagiosa? _____ ¿Restricciones relativas a actividades físicas? _____

Por favor explique cualquier respuesta "Si" a las preguntas anteriores. Incluya fechas:

Parte II: Alergias (Marque las que apliquen y especifique el tipo de reacción alérgica.)

- Animales Fiebre de heno (alergia)
 Polen Alimentos
 Medicinas/Drogas Picaduras de insectos
 Plantas Otro (especifique)

Parte III: Otras condiciones de salud (Marque las que apliquen)

- Orina en la cama Problemas emocionales
 Constipación Desmayos
 Calambres menstruales Discapacidad auditiva
 Mareos Rasgo de células falciformes
 Sangrado de nariz Dieta especial
 Insomnio Usa lentes o lentes de contacto
 Otro (especifique) _____

Parte IV: Historial de Vacunas

Vacuna:	Primer Serie	Ultima Vacuna
D.P.T.	_____	_____
Difteria	_____	_____
Tos Ferina	_____	_____
Tétano	_____	_____
Td	_____	_____
Sarampión	_____	_____
Paperas	_____	_____
Rubeola	_____	_____
(Sarampión Alemán)	_____	_____
Polio Oral	_____	_____
Hbpv	_____	_____
Prueba de la tuberculina (más reciente)	Resultado	_____
Otro	_____	_____

Por favor, explique cualquier opción seleccionada. De cualquier información útil para el adulto a cargo en relación con cualquiera de estas condiciones de salud. Asimismo, indique las actividades que deben fomentarse y/o restringidas.

No conozco ninguna razón (es) distinta de la información indicada en este formulario, por cual mi hija no pueda participar en las actividades prescritas.

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____

Este historial de salud es correcto y yo soy capaz de participar en toda las actividades previstas.

Firma del adulto _____ Fecha: _____