

Distrito Escolar de Neenah

HISTORIA DE SALUD Y DE ESCUELA PARA LOS PRE-ESCOLARES

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de Hogar: _____

Padres/Guardian: _____

Teléfono de Empleo: _____

Escuela: _____

Medico: _____

¿Tuvo dificultades con su embarazo o cuando dio a luz? _____ Si _____ No
Describir: _____

¿ Ha tenido su niño(a) retardos en su crecimiento y/o desarrollo? _____ Si _____ No
Describir: _____

¿ Tiene su niño(a) preocupaciones significativas de salud? (Marke todo los que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga/del intestino |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desordenes de la piel |
| <input type="checkbox"/> Alergias (e.g. alimento, picadura de abeja, otra) | <input type="checkbox"/> Hueso/anormalidades comunes |
| <input type="checkbox"/> Gripe frecuentes e infecciones del oído | <input type="checkbox"/> Dificultades de la coordinación |
| <input type="checkbox"/> problemas de la audición | <input type="checkbox"/> Preocupaciones de la alimentación |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la visión | <input type="checkbox"/> Preocupaciones dentales |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Preocupaciones de comportamiento/emocionales |
| <input type="checkbox"/> Garapatas/Pulgas | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones |
| <input type="checkbox"/> Asimientos | |

Por favor describa: _____

¿ Toma su niño(a) medicación regularmente? _____ Si _____ No

¿ Necesitará su niño(a) tomar medicación en la escuela? _____ Si _____ No

Si va a necesitar, por favor liste: Si necesita por favor liste:

Medicación _____ Dosis _____ Veces Tomadas _____

¿Esta la actividad física de su niño(a) restringida de alguna manera _____ Si _____ No
Si esta, por favor describa: _____

¿Tiene otras preguntas o preocupaciones que quisiera discutir con una enfermera de salud pública? _____ Si _____ No

¿ Ha asistido su niño(a) una escuela antes? (Incluya guardería o pre-escuela) _____ Si _____ No

Si a asistido, liste por favor las fechas que atendio: Desde _____ Asta _____

Firma de Padre

Fecha