



School-Based Wellness Center
Formulario De La Historia De Salud Y Servicios Preventivos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Confidencial:

Favor de completar la siguiente información para que podamos poner al corriente nuestros archivos. Favor de completar la siguiente información de historia médica tan bien como pueda. Si usted ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas, favor de escribir la edad cuando empezó la enfermedad o el problema.

Alergias	Y__N__	Pneumonia.....	Y__N__
Anemia o trastornos de sangre	Y__N__	Fiebre reumática o enfermedades del corazón...	Y__N__
Asma	Y__N__	Escoliosis	Y__N__
Infecciones de la vejiga o del riñón	Y__N__	Ataque apoplético	Y__N__
Cáncer.....	Y__N__	Acné severo	Y__N__
Varicela	Y__N__	Sports Injury or fractures.....	Y__N__
Diabetes.....	Y__N__	Heridas o fracturas de deportes	Y__N__
Enfermedad de la glándula endocrina	Y__N__	Tuberculosis.....	Y__N__
Hepatitis.....	Y__N__	Úlceras o problemas del estómago	Y__N__
Dolores de cabeza/migrañas	Y__N__	Cambios en sus intestinos o vejiga	Y__N__
Calambres menstruales frecuentes y/o dolorosos	Y__N__	¿Ud toma medicamentos recetados por médico...	Y__N__
¿Ud fuma	Y__N__	Que clase _____	
Cuántos al día _____		¿Ud toma medicamentos no recetados por médico...	Y__N__
Mastica tabaco	Y__N__	Que clase _____	
Toma alcohol	Y__N__	Enfermedad mental o depresión	Y__N__
Cuando y cuánto _____		Otro _____	

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Reviewed by: _____

Date: _____