



Columbus City Schools
Health, Family and Community Services

Cuestionario de salud del estudiante

Escuela: _____ Salón: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre del la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

¿Que es médico de cabecera del niño? _____ ¿Fecha del último examen? _____

1. ¿Tuvo la madre algún problema inusual o enfermedad durante el embarazo o el alumbramiento?
 Sí _____ No: _____ Explique: _____

2. ¿El bebe nació en el periodo normal estimado ó: mas temprano _____ mas tarde _____?

3. ¿Cuanto peso el bebe al nacer? _____

4. ¿El bebe presento algún tipo de enfermedades o problemas cuando aun estaba en el hospital, tales como piel amarilla, piel azul o convulsiones? Sí: _____ No: _____
 Explique brevemente: _____

5. Por favor dígame la edad aproximada en el desarrollo de el bebe:
 Sentarse solo/a: _____ Caminar: _____ Decir palabras: _____
 Decir frases completas: _____ Ir al baño por si solo/a: _____

6. ¿Como ha sido el desarrollo de su hijo/a comparado con el de otros niños, como hermanos, hermanas o amigos?
 El mismo: _____ mas despacio: _____ mas rápido: _____

Condiciones de Salud, Por favor indique si su hijo/a ha sufrido las ha sufrido.

- | | |
|---|---|
| ___ Varicela | ___ Fiebre alta |
| ___ Diabetes | ___ Problemas auditivos |
| ___ Problemas de los ojos, pobre visión o ojos bizcos | ___ Convulsiones o epilepsia |
| ___ Frecuentes infecciones de los oídos | ___ Anemia |
| ___ Tubos en los oídos | ___ Picaduras de los dientes o infecciones dentales |
| ___ Frecuentes dolores de cabeza | ___ Otras, menciónelas: |
| ___ Frecuentes sangrados de la nariz | _____ |
| ___ Frecuentes dolores de garganta | _____ |

¿ Se enferma su hijo/a frecuentemente? Sí: _____ No: _____ Si su respuesta es sí explíquelo: _____

ALERGIAS O ASMA

1. Por favor enliste y describa sus alergias o reacciones a:

Medicinas o drogas: _____

Comidas, plantas u otras: _____

Picaduras de abejas o avispas: _____

2. Si la alergia es severa, ¿cual es la recomendación o tratamiento para la reacción? _____
_____ Vacunas para las alergias _____

3. ¿Su hijo o hija sufre de asma que haya sido diagnosticado por el doctor? Sí _____ No _____

Si la respuesta es sí que tratamiento le ha sido recetado: _____

LESIONES ENFERMEDADES O CIRUGIAS

Por favor enliste cualquier lesión severa enfermedad o cirugía que su hijo/a haya tenido:

Lesiones, Enfermedades o Cirugías	Edad del niño/a	Si fue necesaria la hospitalización marque con una cruz

INFORMACION ADICIONAL

1. ¿Que medicinas le ha dado a tomar diariamente? _____

2. ¿Que medicinas ha tomado frecuentemente, pero no diariamente? _____

3 Su hijo/a es usualmente: Muy activo _____ Normalmente activo _____ Poco activo _____

4. ¿Algún miembro de la familia ha padecido de alguna enfermedad por largo tiempo como la diabetes o alta presión? Si: _____ No: _____

Si su respuesta es afirmativa cual ha sido esta enfermedad: _____

5. ¿Tiene usted algún otro comentario o preocupación acerca de la salud de su hijo/a, su desarrollo, comportamiento en el hogar que ha usted le gustaría que la escuela estuviese enterada? Si su respuesta en afirmativa, por favor explíquela: _____
