



# Unified School District #210

304 East 6<sup>th</sup> St. Hugoton, KS 67951

620-544-4376

School Health Office                      2018-2019 School Year

**Hoja de Historia Clínica** (Esta hoja se archivara en la oficina de la enfermería para que en caso necesario sea utilizada por la enfermera y el Personal Medico de Emergencia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Padres/Tutores: \_\_\_\_\_ Núm. de Tel: \_\_\_\_\_

Padres/Tutores: \_\_\_\_\_ Núm. de Tel: \_\_\_\_\_

Indique todos los medicamentos o vitaminas tomadas por su hijo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Incluya cualquier alergia que su hijo tenga: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor marque cualquier condición médica que su hijo tenga o haya tenido en el pasado:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD               | <input type="checkbox"/> Depresión             | <input type="checkbox"/> Lesiones graves                    |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Convulsiones                       |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza       | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales              |
| <input type="checkbox"/> Dificultades auditivas | <input type="checkbox"/> Huesos/problemas      | <input type="checkbox"/> Presión alta en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática       | <input type="checkbox"/> Ansiedad              | <input type="checkbox"/> Historia quirúrgica                |
| <input type="checkbox"/> Anemia falciforme      | <input type="checkbox"/> Problemas de visión   | <input type="checkbox"/> Anemia                             |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la piel   | <input type="checkbox"/> Defectos cardiacos    | <input type="checkbox"/> Constipación                       |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído   | <input type="checkbox"/> Problemas para orinar | <input type="checkbox"/> Dolor en la pierna                 |

Por favor, explique las condiciones médicas marcadas o cualquier otra cosa más sobre la salud de su niño que usted piense es importante para nosotros saber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Padres/Tutores Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_