

# 2019-2020 BRDHD Cuestionario de Salud

Nombre del NIÑO/NIÑA: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Proveedor Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Medicaciones, Vitaminas, Yerbas, Suplementos, Aceites que toma en casa: \_\_\_\_\_

Por favor marcar si su hijo o hija tiene alguno de estos problemas confirmados por un doctor en su historia médica:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD/ ADD                     | <input type="checkbox"/> Autismo                        | <input type="checkbox"/> Depresión/Problemas de animo               |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo      | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral             | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                           |
| <input type="checkbox"/> Espina Bífida                 | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística              | <input type="checkbox"/> Deficiencia inmune                         |
| <input type="checkbox"/> Desorden Genético             | <input type="checkbox"/> Hemofilia                      | <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme                          |
| <input type="checkbox"/> Defecto o soplo cardiaco      | <input type="checkbox"/> Marcapasos                     | <input type="checkbox"/> Life Pack/ LVAD Heart Pump                 |
| <input type="checkbox"/> Presión alta                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón           | <input type="checkbox"/> Recurrentes infecciones urinarias          |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria           | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria         | <input type="checkbox"/> Inhabilidad de orinar sin cateterismo      |
| <input type="checkbox"/> Ostomia                       | <input type="checkbox"/> Reflujo Acido                  | <input type="checkbox"/> Dolores de estómago frecuentes             |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia Fecal           | <input type="checkbox"/> Usa pañales                    | <input type="checkbox"/> Estreñimiento que requiere visitas medicas |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza por migraña | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos         | <input type="checkbox"/> Síndrome de taquicardia postural (POTS)    |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                  | <input type="checkbox"/> Trauma cerebral                | <input type="checkbox"/> Concusión en los 3 años pasados            |
| <input type="checkbox"/> Periodo menstrual debilitante | <input type="checkbox"/> Eczema                         | <input type="checkbox"/> Inhabilidad de tolerar calor extremo       |
| <input type="checkbox"/> Perdida o dificultad Auditiva | <input type="checkbox"/> Dificultad o pérdida de visión | <input type="checkbox"/> problemas dentales o caries                |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis frecuentes          | <input type="checkbox"/> frecuentes infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Diabetes                                   |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa     |   | <input type="checkbox"/> Inhabilidad de comer sin sonda             |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                    |   |   |

Asma

Marque las cosas que producen asma en su hijo hija:  Polen  Polvo  Animales  Ejercicio  Comidas  
 Enfermedad  Calor  Cambios en el Clima  Olores  Humo  Velas  Perfumes  
 Cambios de temporadas  Otro \_\_\_\_\_

Marcar los SINTOMAS de Asma para su hijo:  Tos  Falta de aliento  Sibilancias

Por favor liste cualquier otro síntoma específico para su hijo/hija: \_\_\_\_\_

Reacciones Alérgicas confirmadas por un doctor: (sea específico)

Picados de insectos  Colorante Rojo  Látex  Animales  
 Comidas: \_\_\_\_\_  
 Medicaciones: \_\_\_\_\_

Marcar los SINTOMAS de la reacción alérgica para su hijo/hija:

Picazón/Hinchazón de los labios, boca, lengua, garganta  Ronchas/Urticaria  Nausea/vomito/Retorcijones  
 Falta de aliento  Sibilancias  Tos  Mareo  Inconsciencia  
 Otro \_\_\_\_\_

Medicaciones que se necesitan para la escuela:  Benadryl  EpiPen Jr.  Epi Pen  Twinject  Auvi-Q  Inhalador  Nebulizador  
 Glucagón  Jeringa o frasco de Insulina  Pluma de Insulina  Bomba de insulina  Diastat  
 Estimulador o Imán del nervio vagal  Otro: \_\_\_\_\_

Procedimientos necesarios en la escuela:  Cateterismo  Alimento por sonda  Monitoreo de convulsiones

Cuidado Diabético  Cuidado de Ostomia  Monitoreo de respiración  Cambios de vendajes  Monitoreo de uso de baño  
 Otro \_\_\_\_\_

**Su hijo o hija requiere (por orden medica) medicaciones para deportes, programas después de la escuela, y/o paseos escolares? Visite a la ENFERMERA**

2  
0  
1  
9  
-  
2  
0  
2  
0