

## *Historia Clínica del Estudiante USD 428*

NOMBRE DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Yo doy mi consentimiento para que el record de inmunizaciones se le dé al Programa de Inmunizaciones de Kansas y/ó agencias de cuidado de salud por el proposito de exámenes y reportes.**

Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### POR FAVOR MARQUE LA INFORMACIÓN CORRECTA

- Asma \_\_\_\_\_
- Reacciones alérgicas potencialmente severas (explicar) \_\_\_\_\_
- Diabetes Utiliza Insulina SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ No utiliza insulina SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Hipoglucemia (el azúcar bajo en la sangre) en dieta especial? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Lesiones de las articulaciones ó de los huesos (explicar) \_\_\_\_\_
- Crisis Convulsivas (explicar) \_\_\_\_\_
- Ulceras ó Problemas del Estomago (explicar) \_\_\_\_\_
- Dolores de Cabeza \_\_\_\_\_
- Usa lentes/o de contacto \_\_\_\_\_ Problemas de la Visión (explicar) \_\_\_\_\_
- Perdida de la Audición (explicar) \_\_\_\_\_
- Enfermedades del Corazón (explicar) \_\_\_\_\_
- Desorden de Falta de Atención e Hiperactividad (ADHD)       Desorden de Falta de Atención (ADD)
- Otros Problemas de Salud que no se han mencionado arriba \_\_\_\_\_
- Problemas de Salud que se desconozcan \_\_\_\_\_

Medicamentos que esta tomando	Dosis/Horario	Doctor	Sé le da medicina en la escuela(si/no)
-------------------------------	---------------	--------	--

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>