**DISTRITO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Niño:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Doctor Regular del Niño:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HEALTHY**

**KIDS CLINIC**

****

***Centros de Salud Escolar***

**Historial del Reconocimiento del Médico Pediatra**

**\_\_No tiene Problemas**

**\_\_**Asma

\_\_Diabetes

\_\_Soplo en el Corazón

\_\_Presión Alta Sanguinea

\_\_Anemia

\_\_Problemas de Tiroides

\_\_Epilepsia – Ataques

\_\_Ataques de Fiebre

\_\_Reflujo de Ácido o Gastritis

\_\_Frecuente Infección de Oído

\_\_Problemas Urinarios

\_\_Amígdalas Removidas

\_\_Adenoides Removidas

\_\_Tubos Auditivos

\_\_Hernia

\_\_Otro \_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_Problemas Respiratorios

\_\_Frecuentes Dolores de Garganta

\_\_Pulmonía o Tos Frecuente

\_\_Enfermedad de los Riñones

\_\_Lesiones por Accidente de Carro

\_\_Lesión del Cráneo

\_\_Fractura

\_\_SIDA-Virus de Inmunodeficiencia Humana

\_\_Hepatitis A, B, o C

\_\_Cavidades o Problemas Dental

\_\_Problemas de Audición

\_\_Problemas de la Vista

\_\_Usa Anteojos

\_\_Hiperactivo Desorden y Déficit de Atención

\_\_Depresión, Ansiedad

\_\_Desarrollo Problemas de Aprendizaje

\_\_

**Verificar cualquiera de los siguientes medicinas que usted permitirá que sean admistradas por la enfermera para su hijo. Las dosis serán dadas de acuerdo al peso/tamaño, a menos que usted especifique lo contrario.**

\_\_Advil/Motrin (tableta líquida)

\_\_ Aloe de Vera (para quemaduras)

\_\_Antiácido (Pastillas Masticables)

\_\_Antibiótico en Ungüento (Polysporin)

\_\_Atomizador contra la comezón (para picaduras de insectos, etc.)

\_\_Tylenol (pastillas/cápsulas líquidas/masticables)

\_\_Caramelos para la tos

\_\_Protector Solar (loción/atomizador)

\_\_Benadryl (pastillas/cápsulas líquidas)

**Medicamentos**

¿Toma medicamentos diariamente su hijo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Por favor escriba los medicamentos con información de la dosis:

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

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

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

**Alergias**

Es su niño alérgico a los factores ambientales (tales como al látex, avejas, frutos secos, alimentos, insectos, etc.?) \_\_\_ Sí \_\_\_ No

A cuál(s)? Cuál es la reacción?

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

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

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

Es su hijo alérgico a algún medicamento? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

A cuál(s)? Cuál es la reacción?

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

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

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

Ha tenido algunas de las siguientes enfermedades éste niño?: **VARICELA \_\_\_\_\_ MENINGITIS \_\_\_\_\_ Virus Respiratorio Sincitial (RSV) \_\_\_\_\_**

**IMPORTANTE***Por favor complete el reverso de este formulario*

**Información Adicional**

1. ¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ¿Hay algún fumador en la casa? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

3. ¿Está preocupado por el peso de su hijo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

4. ¿Tiene alguna otra preocupación? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

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

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

**Historia de Salud Dental**

**\_\_\_** Dolor en la boca \_\_\_ Dificultad para abrir la boca

\_\_\_ Mal aliento \_\_\_ ¿Ha tenido alguna lesión en la boca, la cabeza o el cuello?

\_\_\_ Dientes flojos \_\_\_ Le faltan dientes

\_\_\_ ¿Recibe su hijo algún tipo de fluorudo?

\_\_\_ ¿Ha chupado el pulgar o los dedos su hijo?

\_\_\_ ¿Tiene un dentista regular o dentista familiar su hijo?

Si es así, por favor escriba el nombre del dentista de la familia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor indique la fecha del último examen dental \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

**Circule M= Madre o P= Padre**

**\_\_ Anemia M/P \_\_ Convulsiones M/P**

**\_\_ Asma M/P \_\_ Defectos Congénitos M/P**

**\_\_ Sangrado M/P \_\_ Muerte Cardíaca Súbita M/P**

**\_\_ Cáncer M/P \_\_ Enfermedad de Huntington M/P**

**\_\_ Diabetes M/P \_\_ Dificultades de Aprendizaje M/P**

**\_\_ Enfermedad Cardiaca M/P \_\_ Retraso Mental M/P**

**\_\_ Enfermedad Renal M/P \_\_ Hiperactivo Desorden y Déficit de Atención (ADHD) M/P**

**\_\_ Enfermedad de las Tiroides M/P \_\_ Problemas psicológicos M/P**

**\_\_ Depresión M/P \_\_ Trastornos Genéticos M/P**

**\_\_ Alta Presión Sanguinea M/P \_\_ Tuberculosis M/P**

**\_\_ Colesterol Alto M/P \_\_ Suicidio M/P**

**\_\_ Apoplejía M/P \_\_ Trastorno o Enfermedad Hereditaria de la Sangre M/P**

**\_\_ Migraña M/P \_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Reconocimiento**

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si hay un cambio en la salud de mi hijo o yo tengo alguna pregunta o preocupación de salud, yo informaré a la clínica.

Firma del Padre/Tutor Legal **X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_