

# Hanover Public School District

## Historia Médica

2014-2015

### Office Use

Registered by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Registration completed at building \_\_\_\_\_  
Form Complete ( ) Yes ( ) No  
Assigned to grade \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_  
Route to School Nurse \_\_\_\_\_

Estimado Padre o Guardián:

La ley de inmunización estatal requiere que todos los niños antes de entrar a la escuela por primera vez tengan las vacunas que se enlistan abajo. En orden de cumplir con esta ley, el distrito requiere un record exacto de inmunización de todos los niños del Kindergarten a los de primer grado.

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Domicilio: \_\_\_\_\_ Grado actual \_\_\_\_\_

Doctor de La Familia: \_\_\_\_\_ Dentista de la Familia: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre del Guardian: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera: \_\_\_\_\_

### Record de Inmunización

Adjunte copia de Record de Inmunización

**Todos los estudiantes de los siguientes grados necesitarán inmunizaciones para comenzar la escuela:**

- 4 DTP o TD (Difteria/Tetanus/Pertusis) con una dosis s en o después del 4to cumpleaños (K-12)
- 3DTP or TD (12)
- 3 Polio (K-12)
- 2 MMR (sarampión/paperas/rubéola) (K-12)
- 3 Hepatitis B (Aplicadas apropiadamente) (K-12)
- 2 Vacuna de Viruelas (Varicela) o si ha tenido la enfermedad K-12
- 1 Tdap (7)
- 1 MCV (Meningitis) (7)

### Cuestionario de Salud

Tiene su hijo/a seguro medico \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Ha tenido su hijo/a cualquiera de las siguientes? (Si ha tenido, por favor lístelos)

Problemas de salud: \_\_\_\_\_ (Vea atrás) \_\_\_\_\_

Conserjería (emocional) \_\_\_\_\_

Toma Algún Medicamento: \_\_\_\_\_

Problemas Dentales \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen físico: \_\_\_\_\_ Hecho por el Doctor: \_\_\_\_\_

# Historia de Salud

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Por favor complete el siguiente documento y regréselo:**

¿Tiene su niño (a) cualquiera de las siguientes condiciones médicas? Marque Si o No y explique si es necesario.

Condición Médica	NO	SI	EXPLICACIÓN
1. Alergias	_____	_____	_____
Alergias Severas (Epipen)	_____	_____	_____
2. Artritis	_____	_____	_____
3. Asma	_____	_____	_____
4. ADD/ADHD (Síndrome de deficiencia de Atención)	_____	_____	_____
5. Defectos de nacimiento/Problemas de desarrollo	_____	_____	_____
6. Problemas de Sangramiento/Anemia	_____	_____	_____
7. Condición Cardiovascular	_____	_____	_____
8. Enfermedad de Conexión de tejido	_____	_____	_____
9. Fibrosis Quística	_____	_____	_____
10. Parálisis cerebral	_____	_____	_____
11. Diabetes	_____	_____	_____
12. Problema Diagnosticado de Alimentación	_____	_____	_____
13. Enfermedad del sistema endocrino	_____	_____	_____
14. Problemas Digestivos/Intestinales	_____	_____	_____
15. Problemas Urinarios o del Riñón	_____	_____	_____
16. Problemas Auditivos/Infecciones/ Ayuda mecánica para el oído	_____	_____	_____
17. Problemas del Corazón	_____	_____	_____
19. Problemas de Sistema Inmunológico Comprometido	_____	_____	_____
20. Tumores/Cáncer	_____	_____	_____
21. Enfermedades Neurológicas	_____	_____	_____
22. Problemas de Huesos/Ortopédicos	_____	_____	_____
23. Escoliosis	_____	_____	_____
24. Psiquiátricos/Emocionales	_____	_____	_____
25. Problemas de Convulsiones/ataques	_____	_____	_____
26. Enfermedad de Célula Afectada	_____	_____	_____
27. Déficit de Visión/Alteración de colores	_____	_____	_____
28. Problemas de Peso	_____	_____	_____
29. Problemas con el Lenguaje hablado	_____	_____	_____
30. Ausencia de dedos de la mano/pie, otros órganos	_____	_____	_____
31. Operaciones	_____	_____	_____
32. Contusiones/Heridas a la cabeza	_____	_____	_____
33. Accidentes y quemaduras serias, etc.	_____	_____	_____
34. Varicela (viruela)	_____	_____	Edad/fecha _____

¿Esta su niño(a) bajo tratamiento médico? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si

Si lo está, por favor explique la razón:

¿Desea hacer una cita con la enfermera de la escuela y discutir alguna de las enfermedades o problemas descritos arriba?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si

Fecha de Hoy

Firma de los padres o guardian