**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD**

**Página 3 de 3**

**PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR**

**Cuestionario de antecedentes médicos y familiares**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del niño:** | | **Fecha de hoy:** | | |
| **INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR**  **Indique si algún integrante de la familia del niño (padres, hermanos, hermanas, abuelos) tiene o ha tenido lo siguiente:** | | | | |
| **Problemas de salud** | **Sí** | | **No** | **¿Qué integrante de la familia fue?** |
| **Asma** |  | |  |  |
| **Diabetes** |  | |  |  |
| **VIH/SIDA** |  | |  |  |
| **Problema psiquiátrico/de salud mental** |  | |  |  |
| **Anemia drepanocítica** |  | |  |  |
| **Tuberculosis/TB** |  | |  |  |
| **Otro:** |  | |  |  |
| **Alergias (*Enumere todas, incluidos los medicamentos*)** | | | | |
| **¿Quién es el proveedor médico habitual del estudiante?**  **Nombre: Teléfono del consultorio:** ( ) **-**  **Dirección:**  **¿Cuándo se realizó su hijo el último examen físico o examen del niño sano?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Fecha/Mes**  **Proporcione el nombre y el número de teléfono de su farmacia.**  **Nombre: Número de teléfono:** ( ) **-**  **INFORMACIÓN MÉDICA DE SU HIJO**  **Marque la casilla que corresponda para indicar todos los problemas de salud que haya tenido su hijo.**  **Asma Trastorno por déficit de atención Problemas de sangrado Depresión**  **Diabetes Infección de oído** (frecuente) **Epilepsia/convulsiones Dolor de cabeza** (frecuente)  **Audición Problemas cardíacos/Soplo Fiebre reumática Anemia falciforme**  **Tuberculosis Vista Otro:**    **Si su hijo ha sido hospitalizado, proporcione la(s) fecha(s) y el (los) motivo(s):** | | | | |

**ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA Y DE VENTA LIBRE QUE TOMA SU HIJO:**

**HCHD 6.26.15**