**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**