



**HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL**

**HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE 2017-18
USAR LETRA DE MOLDE O IMPRENTA.**

Apellidos del estudiante:	1.º nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año) (Usar 2 dígitos.) ____/____/____
Doctor/Oficina de atención médica primaria:	Teléfono:	Farmacia:
Fecha del último chequeo médico completo/deportivo/físico:		

MEDICACIONES

¿El estudiante toma medicaciones en la actualidad? Sí No *Si la respuesta es afirmativa, por favor llene esta tabla:*

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN /DOSIS/HORA DE TOMARLA	RAZÓN PARA TOMAR LA MEDICACIÓN

ALERGIAS

¿El estudiante tiene alguna alergia? Sí No *Si la respuesta es afirmativa, por favor llene esta tabla.*

Alergias a medicaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa, enumere la medicación y la reacción alérgica correspondiente:</i>	
<i>Medicación</i>	<i>Reacción alérgica</i>
<i>Medicación</i>	<i>Reacción alérgica</i>
Otras alergias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique.</i>	

HISTORIAL MÉDICO

(Marque cualquier problema de salud que el estudiante tenga en la actualidad, o haya tenido anteriormente; por favor especifique en la parte inferior.)

Autismo	Trastornos alimenticios	Migrañas	Problemas de la piel
Anemia	Desmayos al hacer ejercicio	Le falta un órgano	Problemas estomacales/ intestinales
Asma	Lesión/conmoción cerebral	Mononucleosis (en el último mes)	Derrame cerebral
Cáncer/tipo_____	Enfermedad cardíaca	Obesidad	Cirugía/tipo_____
Dolor de pecho al hacer ejercicio.	Presión arterial alta	Embarazo	Problemas de tiroides
Diabetes	Enfermedad renal	Convulsiones	
Adicción a drogas o alcohol	Enfermedad hepática	Anemia drepanocítica (enfermedad/rasgos)	

¿Tiene otros problemas no mencionados aquí? Sí No *Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.* _____

Explique los problemas que haya marcado en la tabla. _____

CONTINÚA – VER LA PÁGINA SIGUIENTE.



THE HEALTH & WELLNESS CENTER
AT CENTENNIAL HIGH SCHOOL

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

¿El estudiante tiene un historial de diagnóstico de salud mental? Sí No *Si la respuesta es afirmativa, por favor llene esta tabla.*

Diagnóstico:	Nombre de el/la consejero(a):	Psiquiatra:
Algún otro historial de salud mental de importancia:		

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

¿Alguna vez el estudiante ha tenido que permanecer en el hospital? Sí No *Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.*

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA (Marque los problemas que están afectando a los miembros cercanos de la familia, y describirlos en la parte inferior.)

Anemia	Depresión/Ansiedad	Enfermedad hepática	Convulsiones
Trastorno bipolar	Diabetes	Enfermedad pulmonar	Derrame cerebral
Trastornos de coagulación	Adicción a drogas o alcohol	Migrañas	Muerte súbita
			Suicidio
Cáncer de mama o seno	Enfermedad cardíaca	Obesidad	Problemas de tiroides
	Ataque al corazón, o infarto, antes de los 50 años		
Cáncer; tipo _____	Enfermedad renal	Esquizofrenia	Algún otro: _____

Describe las respuestas que hayas marcado: _____

Entiendo que, si hay algún cambio importante en el historial del estudiante, o de la familia del estudiante, le notificaré directamente al *Health and Wellness Center* llamando directamente al teléfono 970-488-4950, o comunicándome con el proveedor en persona. Esto tiene como fin asegurar que al estudiante se le provea la atención médica de la más alta calidad posible.

Nombre del padre de familia/tutor legal
(o del estudiante, si es mayor de 18 años)
(USAR LETRA DE MOLDE O IMPRENTA.)

Firma del padre de familia/tutor legal
(o del estudiante, si es mayor de 18 años)

Fecha

Revisado el 29 de julio de 2016.

Spanish 02/17 – PSD TD