

HISTORIAL PERMANENTE DE SALUD PVSD (*Confidencial*)

Nombre _____ **Sexo:** M F **Fecha de Nacimiento** _____

Doctor del Niño _____
 Dirección _____
 Teléfono _____

Dentista: _____
 Dirección _____
 Teléfono: _____

Dr. del Niño (Especialista) _____

Historial Médico (Pasado o presente)

Accidentes _____

Cirugía _____

Hospitalización _____
 Cuando/donde _____

Marque todo lo aplicable:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Discapacidades |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sintoma de sordera |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mala visión |
| <input type="checkbox"/> Cardíaco | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Supresión Inmune |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud _____ |

Si marcó alergias anteriormente, marque a que:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rinitis | <input type="checkbox"/> Comida _____ |
| <input type="checkbox"/> Maní | <input type="checkbox"/> Droga _____ |
| <input type="checkbox"/> Picadas de abejas | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

Reacción a drogas _____
Nombre de drogas

Toma medicinas en casa? **Sí** **No**
 Nombre de Medicina _____

Algo mas que quisiera poner de conocimiento a la escuela: _____

Tomará medicina en escuela? **Sí** **No**
 Medicina: _____

Enfermedades durante los primeros 5 años?

Historial de desarrollo:

Quando le ocurrió?	Edad aproximada
Se sentó solo	
Dijo 1a. palabra	
Gateó	
Caminó	
Uso 2/3 palabras juntas	
Entrenó a usar baño	

Tuvo o tiene dificultad su niño en esas areas? Sí/No

Explique a continuación:

Se queja seguido de su salud? _____
 Parece cansado o inquieto? _____
 Tiene problemas de disciplina? _____
 Se lleva bien con otros? _____

Marque lo aplicable:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problema con comer | <input type="checkbox"/> Usa lentes |
| <input type="checkbox"/> Problema con dormir | <input type="checkbox"/> Problemas de oír |
| <input type="checkbox"/> Problema del habla | <input type="checkbox"/> Aparatos del oído |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vista | |

Desarrollo Social: (Si/No)

Juega solo? **Sí** **No**
 Juega con vecinitos? **Sí** **No**
 Asistió a Pre-escuela? **Sí** **No**

 Firma de Padres/Tutor

 Fecha