

# INFORMACIÓN DE LA SALUD (Requerido previo a la cita de Nivel I)

## Contacto con padres

Estudiante/Numero de ID \_\_\_\_\_

Miembro de personal refiriendo/posición \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**NOTA: LA ENFERMERA TIENE 5 DÍAS DE TRABAJO PARA COMPLETAR ESTA FORMA**

ENTREVISTA POR: \_\_\_\_\_ RN: \_\_\_\_\_ LVN: \_\_\_\_\_ FECHA RECIBIDA: \_\_\_\_\_

### SALUD

Estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ FOC \_\_\_\_\_ B/P \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

% \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

### VISTA Y OÍDO

Agudeza en Distancia Visual: \_\_\_\_\_

Resultados sin lentes: derecho 20/ \_\_\_\_\_ izquierdo 20/ \_\_\_\_\_

Resultados con lentes: derecho 20/ \_\_\_\_\_ izquierdo 20/ \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_ Pasa \_\_\_\_\_ No Pasa Fecha: \_\_\_\_\_

Agudeza en Cercanía Visual: \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_ Pasa \_\_\_\_\_ No Pasa Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de prueba auditiva: \_\_\_\_\_ audiometría "Sweep"  
\_\_\_\_\_ audiometría "Threshold" \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_ Pasa \_\_\_\_\_ No Pasa Fecha: \_\_\_\_\_

Persona conduciendo la revisión(es): \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE EMBARAZO

Edad de la madre al nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

Presencia del los siguientes durante el embarazo:

1. Sangrado \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

2. Rayos - X \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

3. Enfermedades \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Especificar: \_\_\_\_\_

4. Medicamentos \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

5. Diabetes \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

6. Accidentes \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

7. Cirugía \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Termino completo \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_

Peso al nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Hubieron problemas antes, durante, o inmediatamente después de nacer? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

### HISTORIA DEL DESARROLLO DEL ESTUDIANTE

Se sentó a los \_\_\_\_\_ meses Caminó a los \_\_\_\_\_ meses para

Habló a los \_\_\_\_\_ meses

Comparaciones con hermanos, hermanas, u otros niños de la misma edad:

\_\_\_\_\_ Aproximadamente igual \_\_\_\_\_ Más lento \_\_\_\_\_ Más rápido

¿Hay alguien en la familia que tenga condiciones similares a las del estudiante? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Hay una historia en la familia de:

Desorden de Lectura o Aprendizaje: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Retraso mental: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Enfermedad emocional: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Firma: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó la forma: \_\_\_\_\_

### SALUD GENERAL DEL ESTUDIANTE E HISTORIA MÉDICA

Describa brevemente cualquier enfermedad seria, accidentes u hospitalización.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño algún problema físico o de salud? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_

Está su hijo bajo el cuidado del médico? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado su hijo medicina por un largo periodo de tiempo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido su hijo efectos secundarios por la medicina? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo algún equipo o tecnología especial? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo recibiendo servicios de alguna otra agencia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_

### AÚN MÁS PRUEBAS

Como resultado de las pruebas de salud, hay indicación de una necesidad para más pruebas de visión, oído, o salud general? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nota:** Referencia a una institución debe ser acompañada de los exámenes de revisión.