

Formulario de Permiso e Historia Medica del SBHC

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

1) ¿Está el estudiante bajo el cuidado de cualquier médico especialista (explicar)?
 Si No

4) ¿Está el estudiante tomando algún medicamento? Si No
En caso afirmativo, indique los medicamentos y dosis Y la frecuencia.
(incluya inhaladores para el asma y EpiPens) _____

2) ¿El estudiante ha visto un dentista en el último año?
 Si No

5) ¿El estudiante tiene alergias? (alimentos, medicamentos, abejas, etc).
 Si No En caso afirmativo, especifique: _____

3) ¿El estudiante ha visto al mismo dentista durante más de un año? Si No

Historial Médico:

*Marque todas las casillas que correspondan y explique en las siguientes líneas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalización o Cirugía | <input type="checkbox"/> Desmayo o perder el Conocimiento | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral (¿Cuándo?) |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales / ambientales | <input type="checkbox"/> Problemas de carrera / ejercicio | <input type="checkbox"/> Antecedentes de Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos, Dislocaciones | <input type="checkbox"/> Asma / Problemas de respiración | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Musculares o Articulaciones | <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre/anemia de la célula | <input type="checkbox"/> Diabetes / Tiroides / Endocrino |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en el Cuello o Espalda | <input type="checkbox"/> Problemas de visión (contactos/anteojos) | <input type="checkbox"/> problemas de Peso o Comer |
| <input type="checkbox"/> Defectos del corazón/ Soplos Cardiacos | <input type="checkbox"/> "Mono" | <input type="checkbox"/> Mujeres: Problemas Menstruales |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial / Colesterol | <input type="checkbox"/> Prueba de la Tuberculosis o Contagio | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho durante o después del ejercicio | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel (eccema, soriasis) | <input type="checkbox"/> problemas escuchando |
| | <input type="checkbox"/> Problemas dentales (dolor / sangrado) | <input type="checkbox"/> Cualquier otro problema médico |

Historial de la Salud Mental:

*Marque todas las casillas que correspondan y explique en las siguientes líneas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Estado de ánimo / Depresión | <input type="checkbox"/> Desorden de aprendizaje/ ADD / ADHD / Autismo Espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad / Pánico / TOC | <input type="checkbox"/> Pérdida Familiar/ Divorcio / Deportación de familiares |
| <input type="checkbox"/> Iras / Otros problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias / Vapeo |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones académicas | <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario / Pérdida o aumento de peso significativo |
| <input type="checkbox"/> Cortes / Automutilación | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones no listadas |

Historial Familiar: *Marque todas las casillas que correspondan y explique en las siguientes líneas:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con diabetes | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con problemas de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con colesterol alto | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con enfermedad mental (Depresión) | <input type="checkbox"/> Otros problemas aparte que no son mencionados arriba |
- 6) ¿Ha fallecido algún familiar repentino por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años? Si No
Por favor especifique De qué lado de la familia (Materno / Paterno): _____

Si usted desea hablar con uno de los miembros del personal del Centro de Salud Escolar en relación con las preocupaciones que usted pueda tener acerca de su hijo/a, o si tiene otras preguntas generales al SBHC, por favor llame durante el horario escolar salud mental o física de mi hijo/a.

Yo doy permiso a los Centros de Salud Escolares de CIFC Health SBHC y las Escuelas Públicas de Danbury para intercambiar la información pertinente a las personas adecuadas con el objeto de proporcionar la asistencia sanitaria, diagnósticos, tratamientos y los servicios de asesoramiento, así como el mantenimiento de la seguridad en las escuelas. Esta información compartida pueda que incluya la salud, académicos y los datos de educación especial necesarios para el tratamiento / servicios a los proveedores de seguros con nombre para fines de facturación.

Recibí el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Si No

Fecha: _____

Firma: _____

Relación con el estudiante: _____