

**Highland Falls-Fort Montgomery CSD
FORMULARIO DE LA HISTORIA DE SALUD**

Grado _____ Fecha _____
Nombre _____ Sex _____ Nacimiento _____
Direccion _____

P. O. Box _____ Apt. # _____ Telefono. _____
Nombre del Padre _____ Trabajo No.: _____
Nombre de la Madre _____ Trabajo No.: _____

=====

Si su niño ha tenido cualquiera de las siguiente, verifica por favor la caja :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gripe Frecuente | <input type="checkbox"/> tFrecuente Dolores Garganta | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Frecuente Dolores de oido | <input type="checkbox"/> Vision Defectuosat |
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina | <input type="checkbox"/> Audicion Defectuosa |
| <input type="checkbox"/> Pulmonia | <input type="checkbox"/> Fibre Reumatica | <input type="checkbox"/> .Hospitalizacion |
| <input type="checkbox"/> Emfermedad Cardiaca | <input type="checkbox"/> Tosiendo tos | <input type="checkbox"/> Cirugia |
| <input type="checkbox"/> Contacto conT. B. | <input type="checkbox"/> Problemas de Language | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> T. B. | <input type="checkbox"/> Herida Grave | <input type="checkbox"/> Alergia |
| <input type="checkbox"/> Demoras de Desarrollo | <input type="checkbox"/> Amigdalas/Adenoideo
quitados | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Othos | | |

POR FAVOR EXPLIQUE Si usted verifico alguna caja de arriba:

1. A tenido su niño cualquier otro examen o evaluacion (Neurologico, psicologico, psiquiatrico, etc.)? Si _____ No _____ Fecha: _____
Si eso fue el caso, para lo que fue los resultados

2. Esta su niño actualmente en alguna medicina? Si _____ No _____
Si eso es el caso , lista por favor

Highland Falls-Fort Montgomery CSD FORMULARIO DE LA HISTORIA DE SALUD

Favor de notar:

El Departamento del Estado de Nueva York de la Salud ahora requiere un certificado Dental de la salud. Haga por favor cada esfuerzo de tener a su niño visto por un dentista.

3. Ha visto su niño a un dentista? _____ Si _____ No
Si eso es el caso, para lo que fue el resultado del examen y recomendaciones?

(Para PreK y niños K)

4. Hay alguna información pertinente que necesitamos saber ocurrido durante el embarazo y/del parto?

5. A que edad su niño
a) Hablo en oraciones _____ b) Aprendió a caminar _____ c) Aprendió a usar el baño _____

6. Hay algo concerniendo de su niño en la salud física o mental que la escuela deba saber para poder proporcionar cuidado especial?

Médico: _____ Teléfono No.: _____

Dentista: _____ Teléfono No.: _____