

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES Y MÉDICOS DEL ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN PRIMARIA

Comprender los antecedentes médicos y familiares de su hijo/a nos ayuda a proporcionarle un programa escolar óptimo. Si su hijo/a tiene un problema de salud que pueda afectarlo/a en la escuela, póngase en contacto con la enfermera de la escuela.

Apellido del estudiante	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Género	Fecha de hoy:
Escuela		Grado	Nombre del padre/tutor que completa el formulario			Firma

A. NACIMIENTO Y DESARROLLO

- PRENATAL** ¿Tuvo alguna enfermedad, lesión u otra complicación durante el embarazo? sin complicaciones
 presión alta nacimiento prematuro medicación tomada _____
 diabetes gestacional edad de la madre >35 otros _____
- NACIMIENTO** ¿Tuvo alguna complicación durante o inmediatamente después del nacimiento? sin complicaciones, a término, recién nacido saludable peso al nacer _____
 trabajo de parto extenso cesárea vuelta de cordón (alrededor del cuello)
 necesitó oxígeno al nacer prematuro de ____ semanas
 en Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos durante _____ días/semanas
 ictericia leve __ severa__ dificultad en la alimentación _____
 Enfermedades u otros problemas de salud al nacer _____

- DESARROLLO** ¿Alguna preocupación respecto al desarrollo motriz o del lenguaje de su hijo/a?

Hitos del desarrollo (rango de edad típico)	Edad (meses o años)
Sentarse solo/a (6 – 11 meses)	
Gatear (6 – 10 meses)	
Pararse solo/a (10 – 14 meses)	
Caminar solo/a (11 – 15 meses)	
Decir las primeras palabras (9 – 13 meses)	
Ir al baño solo/a (18 – 36 meses)	
Construir frases (18 – 36 meses)	

¿Preocupaciones? _____

- COMPORTAMIENTO** ¿Alguna preocupación respecto al comportamiento de su hijo/a?
 Se frustra con facilidad Problemas de alimentación Cambios de humor Agresividad o impulsividad
 Hace berrinches Enojo Hiperactividad Rigidez en las rutinas
 Timidez Se entristece a menudo Poca memoria Muy sensible a los estímulos
 Dificultad de atención Dificultad en las transiciones Problemas para dormir
 Otros _____

B. HISTORIA MÉDICA GENERAL: marque todas las casillas que se aplican a la historia médica de su hijo/a:

Pasado	Actual		Pasado	Actual	
		Accidente/lesión/quebraduras			Estado emocional
		Hiperactividad con déficit atencional			Problemas de visión o con los ojos/lentes
		Asma/problemas respiratorios			Resfríos frecuentes y gripes
		Alergias			Lesiones en la cabeza
		Problemas urinarios			Problemas cardíacos
		Problemas intestinales o para ir al baño			Problemas renales
		Cáncer			Problemas musculares
		Problemas dentales			Antecedentes de convulsiones o enfermedades convulsivas
		Diabetes			Infecciones graves
		Trastornos de la sangre			Dolores de cabeza agudos/migrañas

Indique o describa otros problemas: _____

Nombres de medicamentos que toma actualmente, dosis, frecuencia: _____

¿Cirugías/hospitalización? (tipo/fecha) _____

¿Antecedentes familiares (otros miembros de la familia) médicos, del desarrollo o de dificultades del aprendizaje? _____

¿Ha habido algún factor de estrés o cambios significativos en la vida de su hijo/a? (mudanza, separación, enfermedad de un familiar, situación traumática) _____

Agregue otra información que pueda ayudarnos a comprender mejor las necesidades de su hijo/a:
