



Pendleton School Based Health Centers



SBHC Cuestionario de historial de salud

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias a medicamentos / alimentos / insectos:

Nombre	Reacción

Enumere los medicamentos recetados y los medicamentos de venta libre:

Nombre del medicamento	Cantidad / dosis	Frecuencia para tomarse

Por favor verifique si el estudiante ha tenido alguno de los siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / presión arterial baja |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar / asma / RAD |
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental / ansiedad / depresión |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral o pérdida de conciencia | <input type="checkbox"/> Obesidad / Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y / o alcohol | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso repentina |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Problemas /enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> El Estudiante adopta |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B y / o C | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
| _____ | |

Cirugías / Hospitalizaciones del estudiante: _____
