



# 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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_