

**FORMULARIO DE SALUD - SECCIÓN KIDS**

AÑO LECTIVO 20\_\_ - 20\_\_

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Nombres: _____		C.C. _____	
Apellidos: _____			
Dirección domicilio: _____	Barrio/Calle: _____	Ciudad: _____	Provincia: _____
Teléfono: _____	Casa: _____	Trabajo: _____	Celular: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Día: _____	Mes: _____	Año: _____
Edad: _____	Nacionalidad _____	Tipo de sangre: _____	
Nivel al que ingresa: _____		Mentor de aula: _____	
Tiene todas sus vacunas necesarias <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Representante: _____		Parentesco: _____	Estado civil: _____

HISTORIA MÉDICA		
<p align="center"><b>Por favor señale cualquier condición de salud de su representado que sea importante para conocimiento del Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), dicha información nos permitirá salvaguardar la salud integral de su hijo.</b></p>		
<p><b>Responda lo siguiente de acuerdo a la situación de la madre durante el embarazo:</b></p>	<p><b>Responda lo siguiente sobre el parto:</b></p>	
Edad de la madre: _____	Parto a término: _____	
Condición emocional: _____	Natural o por cesárea: _____	
Condición física: _____	Se presentó alguna dificultad durante este evento: _____	
Control médico: _____	_____	
Se presentó alguna dificultad durante esta etapa: _____	_____	
<p><b>Responda lo siguiente con respecto a los primeros años de vida de su representado:</b></p>	<p><b>Si su hijo tiene una alergia a alguna medicina o alimento por favor escríbala. También señale la reacción y el tratamiento necesario para cada alergia.</b></p>	
¿Se alimentó con leche materna?      SI ( )      NO ( )	_____	
¿A qué edad gateó? _____	_____	
¿A qué edad caminó? _____	_____	
¿A qué edad pronunció las primeras palabras? _____	_____	
¿Tiene dificultad en pronunciar alguna consonante? _____	_____	
¿Quién lo cuidó durante los primeros meses de vida? _____	_____	
_____	<p><b>¿A qué edad controló los esfínteres?</b></p>	
_____	Vesical (orina) _____	
_____	Anal (fecal) _____	
<p><b>Si su representado ha necesitado el cuidado médico por alguna de las siguientes razones, marque con una x:</b></p>		
Amigdalitis ( )	Malformación congénita ( )	Discapacidad auditiva ( )
Ansiedad ( )	Trastorno de los riñones/vejiga ( )	Discapacidad visual ( )
Depresión ( )	Mononucleosis infecciosa ( )	Epilepsia ( )
Asma ( )	Problemas de presión (alta o baja) ( )	Malaria ( )
Cáncer (pasado o presente) ( )	Trastorno cardíaco ( )	Dengue ( )
Diabetes (que tipo) ( )	Trastorno de la sangre ( )	Trastorno neurológico ( )
Dolores de cabeza/migrañas ( )	Trastorno de los pulmones ( )	Trastorno psiquiátrico ( )
Meningitis ( )	Tuberculosis ( )	Otros _____ ( )



<b>HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL</b>				
		VIVO	¿VIVE EN CASA?	EDAD
<b>Padre</b>	SI ( )	NO ( )	_____	_____
<b>Madre</b>	SI ( )	NO ( )	_____	_____
<b>Hermana</b>	SI ( )	NO ( )	_____	_____
	SI ( )	NO ( )	_____	_____
<b>Hermano</b>	SI ( )	NO ( )	_____	_____
	SI ( )	NO ( )	_____	_____
<b>Si hubo cambios grandes en la casa o en la familia durante el año pasado que podrían afectar la educación del estudiante, explíquelo:</b>				
_____				
_____				
_____				
<b>Señale otro problema auditivo, visual o físico que no haya sido descrito en este formulario y que podría afectar el desempeño escolar del estudiante, descríballo:</b>				
_____				
_____				
_____				
<b>Su representado posee el carnet de discapacidad</b> <span style="float: right;">SI ( )      NO ( )</span>				
<b>En caso de emergencia llamamos a:</b>				
Nombre:	_____	contacto:	_____	parentesco: _____
Nombre:	_____	contacto:	_____	parentesco: _____
_____ Firma del Representante				