



Academia de La Inmaculada Concepción  
Mayagüez, Puerto Rico  
Enfermería

## EXPEDIENTE DE SALUD

Nombre del (de la) estudiante \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Número del teléfono celular \_\_\_\_\_

Número del teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Número del teléfono celular \_\_\_\_\_

Número del teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Nombre de otro adulto donde nos podamos comunicar en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Número del teléfono residencial \_\_\_\_\_

Número del teléfono celular \_\_\_\_\_

Número del teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

## Historial de Salud:

### 1. Señale si el estudiante padece o ha padecido de una o más de las siguientes condiciones:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión común  | <input type="checkbox"/> Diabetes                  |
| <input type="checkbox"/> Sarampión Alemán | <input type="checkbox"/> Convulsiones              |
| <input type="checkbox"/> Varicelas        | <input type="checkbox"/> Meningitis                |
| <input type="checkbox"/> Paperas          | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente |

### 2. Dificultad con (especifique):

Audición: \_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_

Habla: \_\_\_\_\_

### 3. Frecuentemente padece de:

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído   | <input type="checkbox"/> Sangrado  |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de orina  | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos | <input type="checkbox"/> Desmayos  |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Anemia    |
| <input type="checkbox"/> Dolores abdominales   |                                    |

### 4. Ha sido hospitalizado el estudiante en alguna ocasión:

Edad \_\_\_\_\_

Razón para la hospitalización \_\_\_\_\_

**5. Historial de Alergias:**

Alergias a alimentos: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Alergia a medicinas: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido alguna reacción alérgica severa que haya requerido atención en una sala de emergencias?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

**6. ¿Padece el estudiante de algún problema de salud recurrente o crónica?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Para cada problema que exista, documente los siguientes encasillados:**

Condición	Nombre y Teléfono del Médico	Medicamentos de uso diario y dosis

¿Tiene el estudiante que tomar algún medicamento durante el día escolar?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante alguna prótesis? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usa el estudiante lentes de contacto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Autorizo al Principal y/o personal de la Academia de la Inmaculada Concepción para que, en caso de emergencia, utilicen su criterio en cuanto a la administración del tratamiento necesario y en la selección del lugar que ellos consideren necesario para el mismo.

De ser posible, deseo que trasladen a mi hijo(a) a: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Hospital o Clínica)

y, que le notifique, tan pronto les sea posible, a: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Médico)

al número telefónico \_\_\_\_\_

Autorizo al personal del hospital para que administren cualquier tratamiento que crean necesario para asegurar el bienestar de mi hijo(a). Este permiso para la administración de un tratamiento de emergencia es vigente aun cuando yo u otro guardián legal de mi hijo(a) no estén presentes o no puedan notificarles en el momento en que se necesite este tratamiento.

Estoy de acuerdo en que será responsables por los gastos médicos incurridos para el beneficio de mi hijo(a) y que reembolsaré cuando esta lo notifique.

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

## Evaluación Médica

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Presión \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

Visión por ambos ojos \_\_\_\_\_ Ojo Derecho \_\_\_\_\_ Ojo Izquierdo \_\_\_\_\_

Si usa lentes, visión corregida \_\_\_\_\_

Presencia de hallazgos cardiacos \_\_\_\_\_.

Implicación para actividad escolar \_\_\_\_\_.

Especifique si existe alguna condición relacionada a las siguientes, que pudiese tener alguna implicación en el desempeño escolar en general o en las actividades físicas realizadas en las clases de Educación Física, eventos deportivos, escolares o recreativos.

Tiroides \_\_\_\_\_

Pulmones \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_

Músculo Esquelético:

### **Escoliosis**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Severidad: \_\_\_\_\_

Limitación movimiento de alguna articulación Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Deformidad Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Existe historial o evidencia en el examen físico que impida la participación del (de la) estudiante en las actividades usuales de Educación Física y/o Actividades Deportivas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuáles \_\_\_\_\_

¿Hay historial de proteinuria o hematuria persistente? \_\_\_\_\_.

\*\*Permiso para administrarle ACETAMINOPHEN 10-15mg/kg en caso de que el estudiante así lo requiera\*\*

\_\_\_\_\_ AUTORIZO

\_\_\_\_\_ NO AUTORIZO

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado(a)

\_\_\_\_\_  
fecha