

**PLEASE RETURN TO SCHOOL NURSE**

Administrador del caso \_\_\_\_\_

Fecha del IEP \_\_\_\_\_

Inicial \_\_\_ Anual \_\_\_ Tri \_\_\_

VISTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
Cuestionario de evaluación efectuado por la enfermera escolar  
**CONFIDENCIAL**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Nombre de mamá \_\_\_\_\_ No. de teléf. de casa \_\_\_\_\_ No. de teléf. del trabajo \_\_\_\_\_  
 Nombre de papá \_\_\_\_\_ No. de teléf. de casa \_\_\_\_\_ No. de teléf. del trabajo \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR**

- ¿Cuál idioma se habla en el hogar? \_\_\_\_\_
- Favor de indicar quiénes viven en la casa.

Nombre	Edad	Relación/Parentesco	Nombre	Edad	Relación/Parentesco

- ¿Han habido cambios significativos en la vida familiar o en el lugar donde vive el estudiante?  Sí  No  
**En caso afirmativo, encierre en un círculo todo los que correspondan:** separación, divorcio, matrimonio, recién nacido, muerte  
 ¿Cuántas veces se ha mudado?: \_\_\_\_\_
- ¿Siempre ha vivido con usted el estudiante desde que nació?  Sí  No  
 En caso negativo, ¿cuánto tiempo estuvo el estudiante fuera del hogar? \_\_\_\_\_
- ¿Algún miembro de la familia tiene problemas de aprendizaje, salud o de salud mental?  Sí  No  
**En caso afirmativo, sírvase describir la enfermedad:** \_\_\_\_\_

**EMBARAZO**

- ¿Qué edad tenía la mamá durante este embarazo? \_\_\_\_\_
- ¿Recibió la mamá cuidado prenatal?  Sí  No **En caso afirmativo, ¿comenzando en qué mes del embarazo?** \_\_\_\_\_
- ¿Tuvo alguna enfermedad o accidentes durante el embarazo?  Sí  No  
**En caso afirmativo, sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_
- ¿Consumió la mamá algún medicamento con o sin receta durante el embarazo?  Sí  No  
**En caso afirmativo, sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_
- ¿Consumió la mamá drogas ilícitas u otros tipos de drogas durante el embarazo?  Sí  No  
**En caso afirmativo, sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_
- ¿Tomó la mamá bebidas alcohólicas durante el embarazo?  Sí  No **En caso afirmativo, ¿qué cantidad?** \_\_\_\_\_
- ¿Fumó tabaco la mamá durante el embarazo?  Sí  No **En caso afirmativo, ¿qué cantidad?** \_\_\_\_\_

**NACIMIENTO**

- ¿Nació el bebé en el hospital?  Sí  No **En caso afirmativo, ¿Dónde?** \_\_\_\_\_
- ¿Nació el bebé antes de tiempo (prematuramente)?  Sí  No **En caso afirmativo, ¿cuántas semanas antes?** \_\_\_\_\_
- Tipo de parto:  Vaginal (normal)  Cesárea  
**En caso de cesárea, ¿cuál fue el motivo?** \_\_\_\_\_
- ¿Hubo complicaciones durante el parto?  Sí  No  
**En caso afirmativo, sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_
- ¿Tuvo problemas el bebé para respirar por primera vez?  Sí  No  
**En caso afirmativo, sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_
- ¿Nació el bebé con algún defecto congénito?  Sí  No **En caso afirmativo; sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_
- ¿Se fue el bebé a casa con la mamá?  Sí  No **En caso negativo, sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_
- Peso al nacer: \_\_\_\_\_
- ¿Subió de peso el bebé de manera normal?  Sí  No
- Indicar todas las que apliquen a su bebé:  Callado  Cólicos  Pedía brazos  Enfermizo  Feliz  Dócil  Siempre molesto

Activo  Otra condición: \_\_\_\_\_

### CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. Según su memoria, ¿cuándo comenzó su bebé a realizar las siguientes cosas? **ESCRIBA LA EDAD**

\_\_\_\_\_ Sentarse sin apoyo                      \_\_\_\_\_ Caminar solo                      \_\_\_\_\_ Hablar usando 2-3 enunciados  
\_\_\_\_\_ Gatear                                              \_\_\_\_\_ Hablar palabras sueltas                      \_\_\_\_\_ Usar el inodoro

2. ¿Se orina en la cama su hijo actualmente?  Sí  No      ¿Aún se orina en sus calzones o los ensucia?  Sí  No

3. ¿Le preocupó en algún momento que su bebé no se estaba desarrollando lo suficientemente rápido?  Sí  No

**En caso afirmativo, sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_

4. ¿Alguna vez ha recibido su hijo terapia del habla?  Sí  No **En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?** \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE SALUD Y DE ACCIDENTES

1. Sírvase marcar todas las enfermedades, accidentes, o condiciones que tiene o ha tenido su hijo:

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Una fiebre prolongada más alta de 104
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Problemas con el hígado	<input type="checkbox"/> Temblores
<input type="checkbox"/> Huesos rotos	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Movimientos involuntarios
<input type="checkbox"/> Quemaduras	<input type="checkbox"/> Catarros frecuentes	<input type="checkbox"/> Sobrepeso	<input type="checkbox"/> Otra:

Sírvase dar una explicación de los problemas que marcó y a qué edad los sufrió el niño: \_\_\_\_\_

2. Sírvase marcar cualquiera de las siguientes reacciones alérgicas que tiene o ha tenido su hijo:

<b>Reacción alérgica grave a:</b> <input type="checkbox"/> Piquetes de insectos - ¿Qué tipo? _____ <input type="checkbox"/> Comida - ¿Qué tipo? _____ <input type="checkbox"/> Ambientales - ¿Qué los provoca? _____ <input type="checkbox"/> Medicamento- ¿Qué tipo? _____ <input type="checkbox"/> Otros _____	<b>¿Cuál es el plan de acción?:</b> <input type="checkbox"/> Benadryl <input type="checkbox"/> Epi-Pen <input type="checkbox"/> Llamar al 911 <input type="checkbox"/> Alimentación especial: _____ Tenga en cuenta: se requiere autorización médica para medicamentos y alimentación especial de las comidas escolares <b>Favor de consultar con la enfermera escolar</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. ¿Ha tenido su hijo una enfermedad crónica, operaciones quirúrgicas, accidentes graves, o ha sido hospitalizado?  Sí  No

**En caso afirmativo, sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_

4. Sírvase enumerar cuáles medicamentos toma su hijo, incluyendo vitaminas o medicamentos que no requieren receta médica:

Medicamento: \_\_\_\_\_ Condición: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
Medicamento: \_\_\_\_\_ Condición: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
Medicamento: \_\_\_\_\_ Condición: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene su hijo algún problema con la vista?  Sí  No **Indique todas las que correspondan:** ojo lento, ojos cruzados, alergias

6. ¿Usa lentes su hijo?  Sí  No **En caso afirmativo, encierre un círculo a todas las que correspondan :** lectura, distancia

7. ¿Alguna vez ha tenido su hijo problemas con el oído o auditivos?  Sí  No

**En caso afirmativo, Indique todas las que correspondan:** infecciones, dolor de oído, drenaje, tubos, pérdida de audición

¿A qué edad? \_\_\_\_\_

8. ¿Usa su hijo aparatos auditivos?  Sí  No Indique cuál: Dcho.  Izdo.  Ambos

9. Fecha del último chequeo dental: \_\_\_\_\_ Nombre del dentista \_\_\_\_\_

10. Fecha del último chequeo físico: \_\_\_\_\_ Nombre del médico \_\_\_\_\_

11. ¿Acude su hijo a algún especialista médico o de conducta?  Sí  No

**En caso afirmativo, nombre del especialista y su especialidad:** \_\_\_\_\_

12. ¿Hay algo más que usted desea comunicarle a la escuela acerca de su hijo(a)?

**Sírvase dar una explicación:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona que está llenando el formulario: \_\_\_\_\_ Relación/Parentesco al estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Actualizado: 01/25/2017