



# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Pamela J. Odom, superintendente de escuelas

Health Services

Nancy Bailey, Director of Health Services

## Distrito Escolar De Syracuse Historial Medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer: ☐ M ☐ F

Identidad de genero: ☐ M ☐ F ☐ Nonbinary ☐ X

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿Ha asistido alguna vez a una escuela en Syracuse? ☐ Sí ☐ No Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

El Doctor \_\_\_\_\_ Última visita \_\_\_\_\_ El Dentista \_\_\_\_\_ Última visita \_\_\_\_\_

Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número Medicaid \_\_\_\_\_

**Embarazo y Parto:** Peso al nacer \_\_\_\_\_ Duración del embarazo \_\_\_\_\_ Duración del parto \_\_\_\_\_

Tipo de parto: ☐ Vaginal ☐ cesárea ¿Complicaciones? \_\_\_\_\_

**Crecimiento y Desarrollo:** Por favor, escriba la edad en que el bebe hizo lo siguiente:

Se sentó \_\_\_\_\_ Gateó \_\_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_\_ Habló \_\_\_\_\_ Aprendió a usar el inodoro \_\_\_\_\_

### Por favor suministre descripción corta sobre:

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Alergias a ciertas medicinas: \_\_\_\_\_

Alergias a ciertas comidas: \_\_\_\_\_

Enfermedades Serias: \_\_\_\_\_

Accidentes: \_\_\_\_\_ Date(s): \_\_\_\_\_

Cirugías/Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_ Date(s): \_\_\_\_\_

### Indique "Sí" o "NO" si su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Sí	No	Estrado de Salud	Sí	No	Estrado de Salud
		Dianósticos de Asma			Hepatitis A o B
		Problemas de Sangre/Anemia depaocítica			Envenamiento de plomo
		Problemas dentales			Limitaciones de actividad
		Diabetes			Ataque/Convulsiones
		Problemas de Oído			Erupciones de la piel
		Problemas emocionales			Problemas de habla
		Problemas de la vista/anteojos			Tuberculosis
		Problemas de corazón			Otra condición medica:
		TDAH (ADHD)			

En el siguiente espacio, explique acerca de cualquiera de las enfermedades anotadas arriba ocualquier otra información adicional que pueda ayudar a su hijo(a): \_\_\_\_\_

Equipos especiales/suministros necesarios: \_\_\_\_\_

¿Existe algún otro problema de slaud en algún otro miembro de la familia? Explíquelo: \_\_\_\_\_

COPY AND ATTACH IMMUNIZATION RECORD TO BACK OF FORM