

Fecha \_\_\_\_\_

## Formulario de historia clínica

\*\* La historia clínica recopilada por un enfermero escolar no tiene la intención de hacer un diagnóstico. El enfermero recopila información de agencias externas y de los padres para determinar si hay síndromes específicos, problemas de salud, medicamentos y cualquier otra información que se considere necesaria para planificar el programa educativo del estudiante. Este formulario se completa como parte de una EVALUACIÓN INTEGRAL E INDIVIDUAL para determinar la elegibilidad de IDEA. Sus respuestas a las siguientes preguntas serán útiles para planificar el programa escolar de su hijo/a. Solo el personal escolar autorizado que trabaje con su hijo/a revisará este formulario.

**Nombre completo del/de la estudiante** \_\_\_\_\_

Sexo del/de la estudiante: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Este formulario fue completado por: \_\_\_\_\_

mediante: \_\_\_ una entrevista telefónica \_\_\_ un traductor \_\_\_ una reunión en persona  
\_\_\_ un formulario completado por el tutor y revisado posteriormente por RN

La relación entre la persona que responde a estas preguntas y el/la estudiante:

\_\_\_ Padre/madre biológico/a \_\_\_ Abuelo/a \_\_\_ Padrastro/madrastra \_\_\_ Otro (especifique)  
\_\_\_ Padre/madre de acogida (indique el año en que se estableció la custodia \_\_\_\_\_)  
\_\_\_ Padre/madre adoptivo/a (indique el año en que se estableció la custodia \_\_\_\_\_)

### Historia familiar

Indique si algún miembro de la ***familia biológica INMEDIATA del niño/a*** (es decir, padres y hermanos) experimentó alguno de los siguientes síntomas. Marque todas las opciones que correspondan:

***No corresponde: no hay antecedentes familiares de ninguna de estas afecciones***

Dificultad	Relación con el/la niño/a	Dificultad	Relación con el/la niño/a	Dificultad	Relación con el/la niño/a
Trastorno del espectro autista		Comportamientos compulsivos		Discapacidad intelectual	
Ansiedad		Comportamientos obsesivos		Discapacidad de aprendizaje	
Falta de atención		Trastorno bipolar		Educación especial	
Hiperactividad		Depresión		Epilepsia	
Retrasos lingüísticos		Esquizofrenia		Parálisis cerebral	
Dificultades del habla		Tics		Convulsiones	

Otros antecedentes familiares que no figuran en la lista anterior:

## Embarazo/historial de nacimiento

Marque cualquier problema inusual durante el embarazo o el parto:

*No corresponde: no hubo problemas inusuales durante el embarazo o el parto*

Exposición prenatal a drogas/alcohol	Trauma de nacimiento
Pérdida anormal de sangre	Internación en unidad de cuidados intensivos neonatales (incluya el motivo)
Parto prematuro	Oxígeno suministrado
Temperatura elevada o infección	Otras preocupaciones (especifique)

## Hitos del desarrollo

Marque si su hijo/a alguna vez tuvo un retraso para alcanzar un hito de desarrollo infantil normal (como caminar, hablar, interactuar socialmente, o dominar habilidades motoras gruesas o finas; o si tuvo dificultades para entender o seguir instrucciones).

*No corresponde: no hubo retrasos en el desarrollo*

Retrasos en hitos motores:	Edad de adquisición:	Retrasos en hitos del habla y el lenguaje:	Edad de adquisición:
Sentarse		Sonreír	
Gatear		Interactuar socialmente	
Caminar de manera independiente		Primeras palabras	
Ir al baño de manera independiente		Unir 2 a 3 palabras	
Dificultad para entender y seguir instrucciones		Otros retrasos (especifique)	

### Historial de enfermedades graves, accidentes/lesiones u hospitalizaciones

Enumere cualquier enfermedad, accidente, lesión o cirugía grave (incluidas lesiones en la cabeza, incidentes traumáticos, pérdida de oxígeno, cirugías de tubos en los oídos, etc.)

*No corresponde: no hay antecedentes de enfermedades, accidentes/lesiones u hospitalizaciones*

ENFERMEDADES/LESIONES/ HOSPITALIZACIONES	Fecha o edad	Tratamiento requerido (es decir, cirugía, medicación, terapia, rehabilitación, etc.)

### Afecciones diagnosticadas

Marque la casilla si su hijo/a ha sido diagnosticado/a o ha tenido algún problema relacionado con una afección específica o un sistema del cuerpo en particular y describa el problema a continuación.

*No corresponde: mi hijo/a NO tiene ninguna afección diagnosticada*

TDA/H	Comportamiento	Lesión cerebral traumática	Sistema musculoesquelético
Autismo	Trastorno de conducta	Trastorno convulsivo	Autoinmune
Ansiedad	Trastorno negativista desafiante	Neurológico	Endócrino
Depresión	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	Gastrointestinal/genitourinario	Genético/cromosómico
TEPT/Trauma	Trastorno del habla y el lenguaje	Cabeza, oídos, ojos, nariz, garganta	Linfático
Otras afecciones de salud mental	Retraso del desarrollo	Otros (especifique)	

Si marcó uno de los diagnóstico mencionados arriba, indique el nombre del proveedor de atención médica que emitió el diagnóstico.

Proporcione detalles adicionales sobre las afecciones diagnosticadas anteriormente: nombre de la afección, año del diagnóstico o edad del niño, y tratamiento actual (es decir, medicamentos, terapias, dispositivos).

**Medicamentos actuales** (indique el nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia y para qué se recetó):

*No corresponde: mi hijo/a no está tomando ningún medicamento actualmente*

### **Terapia**

¿Su hijo/a recibió alguna vez terapia o ayuda de alguna escuela, comunidad o agencia privada? Indique la terapia y la empresa (por ejemplo, terapia de análisis aplicado de la conducta, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, asesoramiento, etc.).

*No corresponde: mi hijo/a nunca ha recibido ningún tipo de terapia*

### **Dispositivos**

¿Su hijo/a usa algún equipo o tecnología especial para mejorar su desempeño?

*No corresponde: mi hijo/a no usa ningún dispositivo*

¿Su hijo/a tiene dificultades para conciliar el sueño? ¿Permanecer dormido/a? ¿Patrones de perturbación frecuente en el sueño? Descríbalos.

***No corresponde: no tiene dificultades para dormir***

¿Su hijo/a usa anteojos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativo: \_\_\_ Solo de lejos \_\_\_ Solo de lectura \_\_\_ De uso continuo

Enumere a continuación si su hijo/a tiene algún problema/tendencia de comportamiento actual o pasado:

¿Qué le preocupa más acerca de la educación de su hijo/a (por ejemplo, el aspecto conductual, académico, social o lingüístico)?

Describa la personalidad y las fortalezas de su hijo/a:

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre las necesidades médicas o de salud de su hijo/a?

\*\*Este historial médico ha sido revisado y firmado por un enfermero titulado empleado por el Distrito Escolar de Weber. El personal autorizado revisará esta información durante el proceso de elegibilidad para educación especial. Este formulario está completo a mi leal saber y entender.

Revisado por un enfermero registrado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_