

**HISTORIA CLINICA DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACION DEMOGRAFICA** | | | | | | | | |
| **Nombre del Estudiante** | **Fecha de Nacimiento** | | | |  | **Edad** | **Sexo** | **Grado** |
|  |  | | | |  |  |  |  |
| **Etnicidad** | **Afiliación Espiritual/Religiosa** | | | | |  | **Idioma Principal Hablado en Casa** | |
|  |  | | | | |  |  | |
| **Dirección** | |  | | | | | | |
| **Padre o Guardián Legal** |  | | |  | |  | **Parentesco con el Estudiante** | |
|  |  | | |  | |  |  | |
| **Dirección** | |  | | | | | | |
| **Tel** (casa) | **Tel** (trabajo) | | | | |  | **Tel** (cel.) | |
|  |  | | | | |  |  | |
| **Contacto de Emergencia** |  | |  | | |  | **Parentesco con el Estudiante** | |
|  |  | |  | | |  |  | |
| **Tel** (casa) | **Tel** (trabajo) | | | | |  | **Tel** (cel.) | |
|  |  | | | | |  |  | |
| **Participación de otras agencias** (incluir nombres y teléfonos de contacto) | | | | | | | | |

**Pediatra Principal:**

Nombre: Teléfono:

**HISTORIA MEDICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otros Especialistas – Alergistas, Nutricionistas, Psicólogo, Psiquiatra, Terapista, etc. que trabajan ahora o han trabajado con el estudiante anteriormente**  Nombre: Especialidad: Tel: Nombre: Especialidad: Tel: Nombre: Especialidad: Tel: Nombre: Especialidad: Tel:  Nombre: Especialidad: Tel: | | | | | | | | | |
| **Condiciones Médicas: Nombre cualquier condición, enfermedad y alergias que el estudiante tiene o a tenido anteriormente:** | | | | | | | | | |
|  | □ Alergias (nombrarlas) | | | □ Enfermedades Comunicativas (HIV, Sida, Hepatitis, Meningitis, Sarampión, Viruela, Salmonela, TB, Enfermedades Sexuales) (nombrarlas)  \_  \_ | | | □ Problemas cardiacos (soplos, arritmia) (nombrarlas) | |  |
|  | Asma o Enfermedades Respiratorias | | | Depresión | | | Presión Alta | |
|  | ADD/ADHD | | | Diabetes | | | Artritis Juvenil o Enfermedades Reumáticas | |
|  | Trastorno de espectro autista / Problemas de Integración Sensorial | | | Problemas de aprendizaje | | | Convulsiones | |
|  | Defectos de nacimiento | | | Síndrome de alcoholismo fetal | | | Anemia de células falciformes | |
|  | Bipolar | | | Impedimentos Físicos o Fracturas | | | Deficiencia de lenguaje | |
|  | Cáncer | | | Epilepsia | | | Lesión cerebral traumática | |
| **Otras enfermedades, hospitalizaciones o lesiones serias:** | | | | | | | | | |
| **MEDICINAS:** | | | | | | | | | |
|  | **FECHA DONDE FUE INICIADA** | **NOMBRE DE LA MEDICINA** | **CUANTO SE LE DA (DOSIS)** | | **CUANDO SE LE DA (HORARIO)** | **PARA QUE LA TOMA? (PROPOSITO**  **/DIAGNOSTICO)** | | **CADA CUANTO SE TIENE QUE**  **RELLENAR (REFILL)** |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |

**Desarrollo sexual:** (si aplica, indique la edad de la primera menstruación, encuentros sexuales, embarazos, etc.):

|  |
| --- |
| **HISTORIAL DE DESARROLLO** |
| **Historia de Embarazo de la madre (**cuidado prenatal, problemas físicos o mentales de los padres, abuso de drogas, complicaciones durante el embarazo o parto) |
| **Infancia** (edad 0-2) (retraso en el desarrollo, problemas al dormir, cólico, cirugías, desarrollo de motricidad, lenguaje, separación de la madre) |
| **Prescolar** (edad 2-4) (lenguaje, ida al baño, dormida, motricidad, lenguaje): |
| **Niñez** (edad 5-10) (amistades/relaciones sociales, comportamiento, ajuste a la escuela): |
| **Adolescente** (edad 11-18) (humor, cuidado personal/higiene, relaciones sociales): |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTORIAL DE FAMILIA** | | | | | | |
| **Miembros de Familia** (padres biológicos y adoptivos, hermanos, abuelos) Personas Significativas (mentores/familiares): | | | | | | |
| **Nombre** | **Edad** | **Parentesco** | **Vive con el estudiante** | **Nivel Educativo** | **Carrera/Escuela** | **Calidad de la Relación** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Información Adicional: | | | | | | |
| **Lugares donde ha vivido** (con sus padres, con familiares, orfanatos, casas de grupo, lugar residencial)  **Donde duerme el estudiante** (solo o con otras personas):  **Por favor indique si el estudiante a estado sin hogar (homeless) y por cuanto tiempo**: | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Puntos de Unión/Habilidades de Familia:** |
| **Valores de Familia, Tradiciones y Creencias Especiales:** |
| **Historial de Abuso de alcohol o drogas familiar**: |
| **Historial de problemas físicos o mentales de la familia** (depresión, esquizofrenia, problemas cardiacos, cáncer. etc): |

|  |
| --- |
| **HISTORIAL SOCIO-EMOCIONAL DEL ESTUDIANTE** |
| **Habilidades, hobbies, intereses, empleos:** |
| **Relaciones** (familia, hermanos, compañeros, gangas, violencia domestica): |
| **Humor** (feliz, triste, deprimido, ansioso): |
| **Comportamiento** (positive, opuesto, agresivo, auto-dañino): |
| **Eventos Traumáticos** (muertes, experiencias violentas, separaciones, accidentes) Favor indicar quien, cuando y donde: |
| **Abuso sexual o físico (indique alguna intervención del Departamento de Niños y Familia)** Favor indicar quien, cuando, donde y por cuanto tiempo: |
| **Servicios Psicológico/Psiquiátrico** (hospitalizaciones, “baker act”, medicamentos, terapia individual, terapia familiar)  **Por favor indicar las fechas y tipo de servicios:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTORIAL DE ABUSO DE DROGAS (si aplica)** | | | | |
| Drogas | Las uso por  primera vez | Ultima vez que  fue usada | Frecuencia y Cantidad | Método (inhalado/inyectado) |
| Tabaco/Cigarrillos |  |  |  |  |
| PCP |  |  |  |  |
| Alcohol |  |  |  |  |
| Marihuana |  |  |  |  |
| Cocaína (crack, polvo) |  |  |  |  |
| Heroína |  |  |  |  |
| Inhalantes |  |  |  |  |
| Éxtasis |  |  |  |  |
| **Historial de Tratamiento:** | | | | |

|  |
| --- |
| **HISTORIAL CRIMINAL (si aplica)** |
| **Ninguno  En probatoria  Esperando cargos  Esperando cargos criminales** |
| **Historial de cargos criminales:** |
| **A sido expuesto a actividades de drogas ilícitas?** |

|  |
| --- |
| **HISTORIAL EDUCATIVO DEL ESTUDIANTE** |
| **Escuelas a las cuales ha asistido anteriormente**: |
| **Logros y Habilidades Académicas**: |
| **Preocupaciones Académicas** (repitió un grado, dificultades en matemáticas, lectura, etc.): |
| **Problemas de comportamiento** (peleas, ausencias, referidos a la oficina): |

|  |
| --- |
| **Actividades adicionales dentro/fuera de la escuela (deportes, clubs, etc.)** |
| **Educación Especial (si o no)** |
| **Calidad de su relación con otros estudiantes** |
| **Calidad de su relación con miembros de la facultad de la escuela** |
| **Historial de Suspensiones** |
| **Metas Profesionales y Educativas:** |

Comentarios/Información Adicional

**Firma de Padre/Guardián Fecha**