



# Presbyterian Pan American School

Kingsville, Texas 78363

## Historia Clínica

Class Year: \_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_

Seguro de Salud \_\_\_\_\_ Número grupo \_\_\_\_\_ Número póliza \_\_\_\_\_

Información Paterna	Nombre _____	Número teléfono (casa) _____
	E-mail _____	Número teléfono (trabajo) _____

Información Materna	Nombre _____	Número teléfono (casa) _____
	E-mail _____	Número teléfono (trabajo) _____

**EN CASO DE URGENCIA SI LOS PADRES NO PUEDE SER CONTACTADOS, NOTIFIQUE POR FAVOR (Nombre y relación):**

\_\_\_\_\_

Número teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Número teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Número teléfono (celular) \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN DE ALERGIAS</b>	Penicilina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Reacción _____
	Sulfonamidas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Reacción _____
	Otras medicinas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Cual _____ Reacción _____
	Comida	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Cual _____ Reacción _____
	Insectos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Cual _____ Reacción _____
	Otros	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, a que _____ Reacción _____

Vacuna de tétanos \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Presbyterian Pan American School no asume la responsabilidad de dar el permiso necesario para la asistencia médica importante. Ésta es la responsabilidad del padre o del representante legal. Por mi firma abajo, autorizo por este medio al director(a) o a su representante a dar mi permiso para la asistencia médica, incluyendo anestésicas, transfusiones de sangre y tratamiento en o fuera del hospital que ordene el médico, incluyendo el transporte y acepto la responsabilidad del costo.

Si se es necesario. Con la comprensión que me notificarán cuanto antes.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o representante legal

# Historia Clínica

Class Year: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

## ACTUALIZACIÓN MÉDICA

Describe por favor la salud de su niño con respecto a los problemas de la salud pasados y presentes que puedan ser de cuidado mientras que este en Presbyterian Pan American School.

Salud en General:  Excelente  Buena  Mediocre  Mala

Por favor indique si su hijo(a) ha tenido o sufre de cualquiera del siguiente:

Escarlatina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____
Sarampión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____
Sarampión alemán	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____	Tos ferina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____
Paperas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____	VIH (SIDA)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____
Varicela	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, ___/___/___ (fecha completa)	Malaria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, año _____

Por favor indique si su hijo(a) sufre cualquiera de las siguientes condiciones:

ASMA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
PROBLEMAS DE OIDOS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
PROBLEMAS DE OJOS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
DIABETES	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, tratamiento _____
OTROS _____		Tratamiento _____

Por favor indique si su hijo(a) ha tenido:

Operaciones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Describa _____
Lesiones o Accidentes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, Describa _____
Medicinas Prescritas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

Nombre de la Medicina	Dosis	Condición siendo tratada

Es importante que la enfermera de la escuela y el personal del dormitorio sepan de todas las medicinas tomadas por el estudiante. Todas las medicinas que el estudiante tiene deben estar en el envase original etiquetado con el nombre del estudiante, el médico, la fecha, el nombre de la medicación y la dosificación. La instrucción del cambio de la dosis debe estar por escrita del doctor que la prescribe. Todas las medicinas administradas por la enfermera de la escuela serán registradas.

Por favor note que no permitimos que el estudiante tenga medicinas en su posesión, a excepción de los inhaladores del asma y medicamentos que la enfermera les entrega para utilizar durante el día. **TODAS LA MEDICINAS SERÁN GUARDADAS EN LA ENFERMERÍA.**

### VACUNAS REQUERIDAS

Si esta información no está disponible, la escuela administrara las vacunas requeridas/recomendadas a expensas de los padres. Gracias.

Vacuna	FECHA DE CADA DOSIS ADMINISTRADA				Prueba de Tuberculina Fecha _____ Resultado: _____mm Fecha _____
	1era	2da	3ra	4ta	
POLIO – SABIN (OPV/ IPV)					Fecha _____ Resultado: _____mm Fecha _____
DTP/DTaP/DT/ TD					
TD/TDaP DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS					
MMR (Sarampión, Paperas, and Rubeola)					
Hepatitis A					
HEPATITIS B					
VARICELA	Mi hijo(a) tuvo varicela el (fecha completa) ___/___/___ y no necesita la vacuna.				
INFLUENZA (estacional)/(Porcina)	No requerido por el estado pero altamente recomendada. Debe ser dado cada año.				
MENINGITIS	Mi hijo(a) se aplico la vacuna de meningitis ( Fecha completa) ___/___/___				

Con una familia el tamaño la nuestra, en la escuela siempre existe la posibilidad de un brote de una enfermedad contagiosa. Por esta razón, requerimos que todas las vacunas se mantengan al día. Solicitamos su firma abajo para permitirnos administrar las vacunas o de las pruebas de la piel que sean recomendadas por la escuela.

También doy el permiso para que mi hijo(a) reciba la medicina sin receta en la escuela para el tratamiento de males menores, al mejor juicio de la enfermera escolar y el personal de la escuela.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o representante legal \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

**Historia Clínica**

**Class Year:** \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN FÍSICA

ESTE FORMULARIO SE DEBE LLENAR PARA CADA ESTUDIANTE y **anualmente** para cada estudiante que planea participar en actividades atléticas. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que fuese peligrosa par participar en actividades atléticas.

**Explique la respuestas "Sí" en el espacio abajo. Marque las preguntas que usted no sabe responder. Si contesta Sí en las preguntas 1 a 18 requiere la evaluación médica, incluyendo una examen físico. Un permiso escrito se requiere antes de cualquier participación en prácticas, juegos o competencias.**

1. ¿Usted ha tenido enfermedad o lesión médica desde su último chequeo medico?  Sí  NO
  2. ¿Ha sido hospitalizado el año pasado?  Sí  NO
  3. ¿Se ha desmayado durante o después de ejercicio?  Sí  NO
  4. ¿Ha tenido dolor en el pecho durante o después de ejercicio?  Sí  NO
  5. ¿Te cansas más rápido que tus amigos durante ejercicio?  Sí  NO
  6. ¿Ha sentido que su corazón se acelera o que se salta un latido?  Sí  NO
  7. ¿Ha tenido presión alta o colesterol alto?  Sí  NO
  8. ¿Le han dicho que tiene un soplo cardiaco?  Sí  NO
  9. ¿Algún miembro de la familia o familiar ha muerto de problema de corazón repentino antes de los 50 años?  Sí  NO
  10. ¿Algún medico le ha negado o limitado la participación en deportes por problemas cardiacos?  Sí  NO
  11. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o contusión?  Sí  NO
  12. ¿Alguna vez ha caído inconsciente o ha tenido pérdida de memoria?  Sí  NO
  13. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?  Sí  NO
  14. ¿Sufre dolores de cabeza frecuentes o severos?  Sí  NO
  15. ¿Alguna vez ha tenido adormecimiento y hormigueo de brazos, manos o pies?  Sí  NO
  16. ¿Alguna vez ha tenido algun problema de nervio pellizcado o preso?  Sí  NO
  17. ¿Le falta algún órgano par?  Sí  NO
  18. ¿Esta bajo atención medica?  Sí  NO
  19. ¿Alguna vez ha estado mareado durante o después de ejercicio?  Sí  NO
  20. ¿Tiene algún problema de piel actualmente?  Sí  NO
  21. ¿Alguna vez se ha enfermado por ejercitarse bajo el sol?  Sí  NO
  22. ¿Alguna vez le ha faltado súbitamente el aire con ejercicio?  Sí  NO
  23. ¿Usa algún equipo u aparato correctivo o de protección especial?  Sí  NO
  24. ¿Alguna vez ha tenido un esguince o inflamación después de una lesión?  Sí  NO
  25. ¿Se ha roto o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?  Sí  NO
  26. ¿Ha tenido problemas con dolo o inflamación de músculos, tendones, huesos o articulaciones?  Sí  NO
  27. ¿Quiere pesar más o menos lo que pesa ahora?  Sí  NO
  28. ¿Pierde peso regularmente para pesar lo requerido en algún deporte?  Sí  NO
  29. ¿Se siente estresado(a)?  Sí  NO
  30. ¿Ha sido diagnosticado(a) con enfermedad de células falciformes?  Sí  NO
- Mujeres únicamente
31. ¿Tiene periodos menstruales irregulares?  Sí  NO
  32. ¿Tiene flujo excesivo o Dolores menstruales severos?  Sí  NO

Por favor explique las respuestas "Sí" en este espacio.

Yo, el padre o representante legal del niño(a), declaro que al mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas antedichas están completas y correctas. Por este medio, autorizo la participación completa del niño(a) en el programa atlético de la Presbyterian Pan American School. Es mi comprensión que en la participación en las actividades que componen el programa atlético de PPAS existe un cierto riesgo inherente de lesión. Como tal, en la consideración de la participación de mi niño en el programa atlético de PPAS, renuncio, descargo y convengo por este medio para no demandar la Presbyterian Pan American School, el departamento de atletismo o los empleados de cualquiera y toda la responsabilidad, las demandas, las acciones y las causas de la acción cualesquiera que se presentan hacia fuera de o relacionado con cualquier pérdida, daño o lesión, incluyendo la muerte, que se puede sostener por mi niño, sean causado por la negligencia de permisos, o de otra manera mientras que participa en tal actividad, o mientras que adentro, o sobre las premisas donde se está conduciendo la actividad.

También estoy de acuerdo a seguir instrucciones y procedimientos para mantener un nivel de máxima de la seguridad. Entiendo que una política del seguro médico llevada por la Presbyterian Pan American School proporcionará solamente cobertura mínima y que estoy enterado que los costos médicos que se acumulan en caso de lesión serán mi responsabilidad.

Doy el permiso para cualquier asistencia médica de emergencia, y tratamiento en o fuera del hospital que ordene el médico, incluyendo el transporte y acepto la responsabilidad del costo.

Firma del Estudiante

Firma del padre/madre o representante legal

Fecha

# Historia Clínica

Class Year: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

## EXÁMEN FÍSICO

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % Grasa corporal \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Visión Der 20/ \_\_\_\_\_ Izq 20/ \_\_\_\_\_ Corregida:  Sí  NO Pupilas:  Iguales  Desiguales

Como requisito mínimo, este examen físico debe estar completo antes de la participación atlética y se debe completar nuevamente antes del primero y del tercer año de participación atlética en la secundaria. Debe también ser completado si hay respuestas positivas a las preguntas mencionadas en el formulario de evaluación física (página 3).

MÉDICO	Normal	Hallazgos Anormales	Iniciales <small>(únicamente exámenes de consultorio)</small>
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Sistema Linfático			
Corazón- posición supina			
Corazón- de pie			
Corazón — pulso de extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (hombres únicamente)			
Piel			

### MUSCULOESQUELÉTICO

Cuello			
Espalda (Escoliosis)			
Hombro/Brazo			
Muñeca/ Mano			
Cadera/ Muslo			
Rodilla			
Pierna/ Tobillo			
Pie			

### PERMISO PARA DEPORTE

- Permitido
- Permitido después de completar evaluación/rehabilitación para: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- No Permitido por: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Apellido (letra molde)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Fecha