

## Mise à jour de l'historique de santé

**Veillez remplir et retourner à l'infirmière ou à la direction de l'école. Je vous en remercie.**

**La loi de l'Ohio exige qu'un formulaire d'historique de la santé soit au dossier pour chaque élève.**

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Nom de l'élève /Student's Name	Date de naissance /Date of Birth	Classe /Grade/Homeroom
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Nom du médecin /Doctor's Name	Telephone /Phone Number	Dernier bilan ou visite/Last checkup or visit
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Nom du médecin dentiste/ Dentist's Name	Telephone /Phone Number	Dernier bilan ou visite /Last checkup or visit
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Assurance : ____ Médicale (entoure : CareSource / Molina / United Health Care / Paramount / Buckeye)		
____ Nom de l' Assurance privée _____		Pas d'assurance _____

**Est ce qu'il y a un historique pour les problèmes suivants ?**  
(Encercler **Y** pour Oui ou **N** pour Non)

Historique pour l'étudiant puis la famille History For Student and then Family	Etudiant Student	Famille Family	Historique pour l'étudiant puis la famille History For Student and then Family	Etudiant Student	Famille Family
Allergies: Saisonnier / Fièvre du foin- Allergies: Seasonal / Hay fever	Oui No Y N	Oui No Y N	Problemes Emotionel / Psychologiques Emotional / Psychological Problems	Oui No	Oui No
Allergie mortelle à: _____ EpiPen prescrit/ Life Threatening Allergy to: _____ EpiPen prescribed	Oui no Y N Oui no Y N	Oui No Y N	Maux de tête fréquents Traumatisme crânien Frequent Headaches Head Injury/ Concussion	Oui No Y N	Y N
ADD / ADHD	Oui No Y N	Oui No Y N	Frequents maux d'estomac/ Frequent Stomachaches	O N	O N
Anémie ou autres problèmes sanguins/ Anemia or Other Blood Problems	Oui No Y N	Oui No Y N	Problemes d'audition /Hearing Problems	O N	O N
Asme /Asthma	Oui No Y N	Oui No Y N	Maladie du Coeur – type _____ Heart Disease – type _____	O N	O N
Problèmes de comportement _____ Behavioral Problems	Oui No Y N	Oui No Y N	Maladie renale – type _____ Kidney Disease – type _____	O N	O N
Problèmes de pression artérielle (élevé / faible)/Blood Pressure Problems (High / Low)	Oui No Y N	Oui No Y N	problemes d'apprentissage /Learning problems _____	Oui No	Oui No
Problèmes de Development/ Developmental Problems	Oui No Y N	Oui No Y N	Prématurité ou poids à la naissance de moins de 5 lb./Prematurity or Birth Weight under 5 lb.	Oui No	Oui No
Cancer – type /Cancer – type	Oui No	Oui No	Desordre de saisie / Epilepcie / Tics Seizure Disorder / Epilepsy / Tics	Oui No	Oui No
Diarrhée chronique ou constipation /Chronic Diarrhea or Constipation	Oui/y N	Oui No	Drepanocetose/Sickle Cell Disease	Oui No	Oui No
Infections Chronique des oreilles /Chronic Ear Infections	Oui No		Problemes de sommeil /Sleep Problems	Oui No	Oui No
Depression	Oui No	Oui No	Problemes de discours /Speech Problems	Oui No	Oui No
Diabetes	Oui No	Oui No	Problemes Dentaires -Toothaches / Dental Problems	Oui No	Oui No
Drogues ou alcool utilisés pendant la grossesse/Drugs or Alcohol Used During Pregnancy	Oui No		Problemes de Vision porte Problems with Vision Wears des lunettes/ Glasses	Oui No Oui No	Oui No
Eczéma/maladie chronique de la peau/ Eczema/Chronic Skin Condition	Oui No	Oui No	Chirurgie quelle type /Surgery what type:____	Oui No	

Votre enfant a-t-il reçu le vaccin COVID-19?      Oui      No

**Évaluation des risques liés à la tuberculose:**

**Votre élève est-il en contact avec l'une des personnes suivantes : Immigrants d'un autre pays, personne diagnostiquée ou traitée pour la tuberculose, enfants ou adultes incarcérés, infectés par le VIH, sans-abri, résidents de maisons de soins infirmiers, enfants ou adultes placés en institution, les consommateurs de drogues illicites, les travailleurs agricoles migrants? pour vous étudiant, Priere de faire une circle Oui ou no en bas, et expliquer toutes les réponses oui dans l'espace fourni.** For your student, please circle yes or no below, and explain any yes answers in space provided.

Diagnostique or traite pour la TB?

\_\_\_\_\_ No      Oui \_\_\_\_\_

Immigre a partir d'un autre pays

\_\_\_\_\_ No      Oui \_\_\_\_\_

Il a voyage vers un autre pays ?

\_\_\_\_\_ No      Oui \_\_\_\_\_

Traveled to another country?

Il n'a jamais été en prison ou détenu au centre (2021) ? No\_\_ Oui\_\_

Ever been in jail or in Juvenile Detention Center (2021)?

INFORMACION DEL ESTUDIANTE/PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Para proveer servicios de salud para su hijo/a, necesitamos la siguiente información:**

**Nombre Padre/Madre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del Padre/Madre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Relación/Parentesco con el estudiante:** \_\_\_\_\_ **No. seguro social del**

**padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Dirección:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado/Código:**

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:**

\_\_\_\_\_

**Historial de Salud de su Niño(a)**

❖ ¿Tiene un **médico de atención primaria**?  SI  NO

Nombre del médico/clínica:

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico anual (de pies a cabeza):

\_\_\_\_\_

❖ ¿Tiene un **dentista primario**?  SI  NO

Nombre del dentista/clínica:

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Fecha del último chequeo rutinario dental: \_\_\_\_\_

❖ ¿Tiene un **médico oftalmólogo primario**?  SI  NO

Nombre del oftalmólogo/clínica:

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Fecha del último chequeo rutinario de la vista: \_\_\_\_\_

❖ ¿Tiene una **farmacia preferida**?  SI  NO

**Farmacia preferida:**

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Favor indicar cualquier problema o condición médica **ACTUAL** que tenga su niño(a):

Favor indicar cualquier **alergia** (incluye alergias a **alimentos, medicamentos**, ambiental, estacional, etc.):

¿Visita su hijo(a) algún especialista? En caso positivo, favor indicar la condición, nombre del médico, y teléfono.

Favor indicar cualquier medicamento (con o sin receta) que su niño(a) toma **en casa** diariamente o cuando lo necesite (como medicamento para el déficit de la atención (ADHD, por sus siglas en inglés), alergias, asma, o dolores de cabeza):

**\*\*NOTA ESPECIAL: Si su estudiante necesita tomar cualquier medicamento en la escuela, incluyendo medicamentos de emergencia (como un inhalador o Epi Pen), debe completar un formulario de Administración de Medicamentos de CPS\*\***

¿Ha tenido su hijo(a) alguna operación, lesiones graves u hospitalizaciones?  NO  SI  
Favor indicar la razón y fechas:

¿Ha estado su hija embarazada?  NO  SI *En caso positivo, cuántos hijos vivos ha dado a luz su hija:*

¿Ha sido su hijo(a) víctima de abuso?  NO  SI

¿Le ha pasado algo malo, trágico o triste a su familia?  NO  SI  
Favor explique:

***Preocupaciones Escolares: Si marcó SI en cualquiera de las preguntas, explicar en la línea ofrecida.***

¿Está su hijo(a) en una clase especial? (Educación especial/IEP/Plan 504)  SÍ  NO

¿Ha repetido su hijo(a) algún grado?  SÍ  NO

¿Se mete en problemas a menudo en la escuela?  SÍ  NO

¿Cuáles son las calificaciones de su hijo(a)? \_\_\_\_\_ ¿Es esto un cambio?  Sí  No