

MODEL SECONDARY SCHOOL FOR THE DEAF

PARTE A - SECCION 1

Conteste todas las preguntas de la Parte A. Su médico privado debe completar la Parte B. La información contenida en este formulario es confidencial y sólo se utiliza por el personal médico que trata a los estudiantes. Ninguna información será divulgada sin su permiso. Todas las partes de este formulario deben ser completadas de manera apropiada. Cuando se haya completado debe ser devuelto a: Student Health Services; Gallaudet University, Florida Avenue, NE; Washington, DC 2002-3695.

NO SE PROVEERA CUIDADO DE SALUD, excepto para emergencias determinadas por el personal médico, hasta que los formularios médicos/físicos completos se encuentran archivados en el Servicio de Salud para los Estudiantes. Es necesario hacer cumplir esta regla para la protección de nuestros estudiantes, personal médico y para la escuela. El tratamiento sin el conocimiento adecuado de alergias y/o condiciones médicas preexistentes es peligroso para el paciente. Debe existir también un permiso de los padres para tratar a menores (personas menores de 18 años).

Se recomienda que TODOS los estudiantes lleven, EN TODO MOMENTO, sus tarjetas de identificación de la escuela, y el nombre, dirección y número de la póliza de su seguro médico.

Nombre de Estudiante (en imprenta) _____ Fecha de Nacimiento _____ Género: M F

Lugar de Nacimiento _____ Religión _____

Nombre del Padre/ Rep. legal(en imprenta) _____ () Teléfono del hogar _____ () Teléfono del trabajo _____

Dirección del hogar _____ Ciudad/ Estado/ Código Postal _____

SI NO PUEDE ENTRAR EN CONTACTO CON LOS PADRES /REP.LEGAL, QUIEN DEBE SER CONTACTADO EN CASO DE EMERGENCIA?

Nombre (en imprenta) _____ () Teléfono del hogar _____ () Teléfono del trabajo _____

Relación _____ Dirección del hogar _____ Ciudad/Estado/ Código Postal _____

SEGURO DE COBERTURA MEDICA: MSSD requiere que todos los estudiantes tengan su propia cobertura de seguro de salud. Las familias con seguro privado deben ponerse en contacto con sus proveedores e informarles que su niño/a va a necesitar servicios fuera de zona. Esto asegurará servicios más rápidos y eficaces si el/la estudiante tiene una lesión y requiere un servicio inmediato.

Copia de la tarjeta de seguro médico (ambos lados) es adjuntado al formulario

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO: Para todos los padres / tutores y estudiantes de MSSD: Yo autorizo, en nombre de mi hijo, a la Model Secondary School for the Deaf, a través de sus agentes y empleados, a proporcionar procedimientos diagnósticos y terapéuticos, vacunas voluntarias, procedimientos operativos y de transporte que se consideren necesarios por su personal médico. Se entiende que con esta autorización se proporcionarán servicios médicos o médicamente relacionados para mi hijo por cualquier proveedor de atención de salud o por un hospital en caso de enfermedad repentina, accidente o cualquier otra emergencia

Esta autorización no incluye el derecho de consentir cualquier procedimiento quirúrgico de carácter no urgente para mi hijo/a. Yo asumo toda responsabilidad de todos los gastos y reembolsos de seguro de salud incurridos por médicos, hospitales, laboratorios y referidos, en el tratamiento de mi hijo/a. Estoy de acuerdo en suministrar la Model Secondary School los nombres y direcciones de médico(s) de mi hijo/a y cualquier otra información relacionada con problemas especiales de salud y medicamentos, durante el año escolar. Acuerdo en suministrar al Student Health Service con la información de actualización acerca de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo/a y de un plan de cuidado para esos cambios, proporcionando, para este fin, una declaración por escrito al proveedor de cuidado de la salud de mi hijo. Yo soy responsable de asegurar que todos los medicamentos recetados o no, sean llevados al Student Health Service para ser administrados a mi hijo/a en acuerdo con la política seguida por Model Secondary School for the Deaf. Por la presente, declaro que he leído la anterior "Autorización para Tratamiento Médico" y que entiendo y estoy de acuerdo con todos sus términos y tengo la autoridad para ejecutar dicha autorización en relación con cualquiera de los servicios médicos y médicamente relacionados que pueden ser proporcionados a mi hijo/a.

Firma del Padre/ Rep. legal (o firma del estudiante si es mayor de 18 años) _____ Fecha _____

AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE REGISTROS: Yo doy mi permiso para que el Student Health Service pueda liberar toda la información médica a los representantes de Gallaudet /MSSD que puedan tener una necesidad legítima de dicha información con el fin de cumplir con sus responsabilidades profesionales

Firma del Padre/Rep. legal o firma del estudiante si es mayor de 18 años _____ Fecha _____

PARTE A – SECCION 2

Nombre: _____

HISTORIA FAMILIAR: Por favor siga las instrucciones de cada encabezado.

FAMILIA: Escriba los nombres de sus parientes, vivos o fallecidos, en la lista de abajo	SORDO: Responda SI ó NO, ó HH para Hipoacúsico	OCUPACION: Liste la ocupación de todas las personas listadas a la izquierda	AÑO DE NACIMIENTO/ESTADO DE SALUD: Indique el año de nacimiento de todos los parientes mencionados en la columna de la izquierda y marquee con una (X) en la columna que corresponda acerca de su estado de salud	ENFERMEADEAS: Coloque una (X) en la columna apropiada para indicar cualquier enfermedad, que el/los parientes mencionados en la columna de la izquierda, padezca o haya padecido																MUERTE: Si alguno de los parientes mencionados ha fallecido, escriba la edad del fallecido y la causa del deceso			
				Buena	Mala	Alergias o Asma	Anemia	Tendencias de sangrado	Cancer o tumor	Colesterol	Diabetes	Epilepsia	Glaucoma	Otros problemas	Problemas visuales	Presión sanguínea alta	Problemas de vejiga o riñón	Crisis mentosas	Aritmia o reumatismo	Úlceras estomacales/dobleno	Tuberculosis	Causa	edad
Padre			Año de nacimiento																				
Madre																							
Hermanos/as																							
Esposo/a																							
Hijos/as																							
Abuelos																							

02.25.08

PARTE A – SECCION 3

Nombre: _____

HISTORIA - Por favor, indique los problemas que tiene ahora o pudo haber tenido en el pasado. Explique todas las respuestas "si". Use una hoja de papel adicional si es necesario. Si usted tiene un problema médico grave por el cual ve a un médico con regularidad, por favor incluya un informe escrito de la historia y el tratamiento de ese médico.

A. Información General coloque un circulo

ADD/ADHD:	Si	No
Acné:	Si	No
Problemas de Alcohol:	Si	No
Alergias:	Si	No
Anemia:	Si	No
Asma:	Si	No
Problemas de espalda:	Si	No
Desmayos (desvanecimientos):	Si	No
Infección Urinaria (cistitis):	Si	No
Sangrados/ células falciformes:	Si	No
Bronquitis – Crónica:	Si	No
Cáncer (localización):	Si	No
Parálisis Cerebral	Si	No
Clamidas:	Si	No
Varicela:	Si	No
Colitis:	Si	No
Condiloma (verrugas genitales):	Si	No
Sordera:	Si	No
Edad del inicio: _____ Causa: _____		
Depresión:	Si	No
Diabetes:	Si	No
Mareos:	Si	No
Dependencia de Drogas (especifique: _____)	Si	No
Dislexia:	Si	No
Infecciones en el oído:	Si	No
Problemas alimenticios (anorexia, bulimia):	Si	No
Eczema:	Si	No
Enfermedad mental o emocional:	Si	No
Epilepsia o Convulsiones:	Si	No
Problemas en los ojos (especifique):	Si	No
Enfermedad fibroquística de mama:	Si	No
Problemas de la vesícula biliar:	Si	No
Gonorrea:	Si	No
Hipoacusia:	Si	No
Edad del inicio: _____ Causa: _____		
Fiebre del Heno:	Si	No
Dolores de cabeza (migraña o tensión):	Si	No
Problemas Cardíacos		
Palpitaciones:	Si	No
Enfermedad cardíaca reumática:	Si	No
Murmullo del Corazón:	Si	No
Corazón agrandado:	Si	No
Otro: _____	Si	No
Hepatitis (tipo: _____)	Si	No
Herpes (genital, zoster):	Si	No
Alta Presión Sanguínea:	Si	No
Hipoglicemia (bajo nivel de azúcar en la sangre):	Si	No
Mononucleosis infecciosa:	Si	No
Infecciones o enfermedades Renales:	Si	No
Sarampión:	Si	No
Meningitis/Encefalitis:	Si	No
Paperas:	Si	No
Estomago nervioso:	Si	No
Obesidad (más de 20 lbs de sobrepeso)	Si	No
Quistes Ováricos:	Si	No
Infección Pélvica:	Si	No
Flebitis:	Si	No
Neumonía:	Si	No
Fiebre Reumática:	Si	No
Artritis Reumatoide:	Si	No
Rubeola (Sarampión alemán):	Si	No

Problemas de los Senos Nasales – Crónico:	Si	No
Sífilis:	Si	No
Problemas Tiroideos:	Si	No
Tuberculosis:	Si	No
Úlcera (gástrica o duodenal):	Si	No
Vaginitis (recurrente):	Si	No
Otros problemas no listados:	Si	No

Especifique: _____

¿Alguna vez le ha aconsejado tener una cirugía y no lo hizo?..... Si No

Si es afirmativo, especifique: _____

B. Emocional coloque un circulo

¿Normalmente se siente triste, solo o deprimido?.....	Si	No
¿Llora seguido?.....	Si	No
¿Está nervioso con extraños alrededor?.....	Si	No
¿Le es difícil tomar decisiones?.....	Si	No
¿Le es difícil recordar o concentrarse?.....	Si	No
¿Tiene problemas para relajarse?.....	Si	No
¿Le preocupan las cosas en general?.....	Si	No
¿Tiene a menudo pensamientos/sueños que lo atemorizan?.....	Si	No
¿Usted se molesta fácilmente por críticas?.....	Si	No
¿Tiende a ser tímido o sensible?.....	Si	No
¿Pierde el temperamento con frecuencia?.....	Si	No
¿Cosas pequeñas a menudo le molestan?	Si	No
¿Está perturbado por algún problema familiar?.....	Si	No
¿Está teniendo dificultades sexuales?.....	Si	No
¿Se pone "tenso" antes de los exámenes?	Si	No
¿Siente que esto afecta sus calificaciones?	Si	No
¿Alguna vez ha deseado suicidarse?.....	Si	No
¿Alguna vez ha deseado o buscado ayuda psiquiátrica?...	Si	No
¿Está agotado o cansado la mayor parte del tiempo?.....	Si	No
¿Tiene problemas para dormir?.....	Si	No
¿Se siente positivo/a acerca del futuro?.....	Si	No

C. HOMBRES SOLAMENTE coloque un circulo

(si considera que alguna pregunta es demasiado personal, puede omitirla)

Alguna vez a tenido...

¿Una próstata agrandada o infectada?	Si	No
¿Ardor, pus y/o secreción del pene??	Si	No
¿Hinchazón o bultos en los testículos?	Si	No
¿Tratamiento por herpes genital?	Si	No

D. MUJERES UNICAMENTE coloque un circulo

(si considera que alguna pregunta es demasiado personal, puede omitirla)

Historia menstrual:

Edad del inicio: _____ Ciclos Regulares?	Si	No
Ciclo cada: _____ días de principio a principio.		

PARTE A – SECCION 3 (continuación)

Nombre: _____

D. MUJERES UNICAMENTE (Continúa de la página anterior)

Duración: _____ días.
 Flujo: Heavy Medio Light
 ¿Dolores o calambres?..... Sí No
 ¿Embarazos?..... Sí No
 Método anticonceptivo (si aplica):
 Fecha del último Papanicolaou: _____
 ¿Alguna vez fue tratada por herpes genital?..... Sí No
 ¿Su madre usó el medicamento Diethylstilbestrol (DES) Durante el embarazo?..... Sí No

E. ALERGIAS

Una alergia es una erupción cutánea, urticaria, dificultad para respirar, dolor en las articulaciones / hinchazón, o fiebre después de la exposición a un agente sensibilizante.
 ¿Tiene alguna alergia?..... Sí No
 Si es así, ¿a qué? (ejemplo: medicamentos, alimentos, picaduras, mordeduras, inyecciones, polen)

F. MEDICAMENTOS Y DROGAS coloque un círculo

D = Diaria FQ = Frecuente OC = Ocasionalmente N = Nunca

Usted usa:

DROGAS

Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarrillos (nicotina):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína/Crack/Heroína:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café/gaseosas con cafeína:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD/PCP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana/Pot/Hashish/THC:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco (masticable):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed/Downers/Quaaludes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICINAS – especifique

Medicina para el Asma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibióticos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihistaminicos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para la presión sanguínea:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descongestivos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuréticos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para la Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastillas para dieta/Anfetaminas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para epilepsia/convulsiones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laxantes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedativos/Tranquilizantes/Barbitúricos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para la Tiroides:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitaminas (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRO

Aspirinas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortisona:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deluded:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofeno:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tylenol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. LESIONES coloque un círculo

¿Huesos rotos: Sí No
 Dislocaciones: Sí No
 Contusiones, lesiones en la cabeza: Sí No
 Ha estado inconsciente: Sí No
 Otras lesiones: Sí No

Si es "Sí", explique e incluya fechas: _____

H. CIRUGÍAS coloque un círculo

Ha tenido una cirugía para:
 Amígdalas /Adenoides: Sí No
 Apéndice: Sí No
 Hernia: Sí No
 Otras operaciones: Sí No

Si es "Sí", explique e incluya fechas: _____

I. VISION coloque un círculo

¿Cómo es su balance? Bueno Normal Pobre
 ¿Tiene problemas para caminar o permanecer de pie en la oscuridad?..... Sí No

¿Cómo es su visión? Bueno Normal Pobre
 ¿Usa anteojos o lentes de contacto?..... Sí No
 Si es afirmativo, adjunte una copia de su receta.

J. EJERCICIOS

Describa el tipos, las veces por semana, y la cantidad de tiempo: _____

K. NUTRICION

Describa brevemente su dieta en un día promedio, incluyendo cualquier restricción: _____

L. OTROS

¿Tiene algún otro problema no cubierto por este cuestionario Si es afirmativo, por favor explique: _____

PARTE B – Para el Proveedor de Servicios de Salud

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

IMUNIZACIONES – Las vacunas deben ser verificadas por el médico. Usted debe tener: 1) El tétanos/difteria dentro de los últimos 10 años; 2) la vacuna Salk contra la polio dentro de los últimos 5 años o una vacuna oral contra la poliomielitis serie completa (TOPV); 3) Dos vacunas MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola) o evidencia de inmunidad a la enfermedad por título; 4) la vacuna contra la varicela o evidencia de la enfermedad; 5) la vacuna contra la hepatitis B o evidencia de inmunidad por título.

HISTORIA DE IMMUNIZACION					
Tétanos/Difteria					
TD/TDAP					
OPV (Vacuna de Polio (Tipo: _____)					
IPV					
MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)					
Varicela (o edad en que tuvo Varicela)					
Hepatitis A					
Hepatitis B (Tipo: _____)					
Vacuna Meningocócica					
HPV (Virus Del Papiloma Humano)					

EXAMEN FISICO – Todos los estudiantes nuevos deben tener un examen físico y prueba de la tuberculina, dentro de los 12 meses anteriores a la admisión a Model Secondary School for the Deaf and los resultados deben llegar junto al formulario de Historia Medica completo.

	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
Tuberculina (Mantoux) PPD-5 TU						
Radiografía del pecho (si el PPD dio positivo)						
Orina						
Otro						

APARIENCIA GENERAL

Altura: _____ Peso: _____ Presión Sanguínea: ____ PULSO: _____ Respiración R: _____

AGUDEZA VISUAL

OD: _____ OS: _____ Combinada: _____ con/corrección OD: _____ w/corrección OS: _____ Combinada: _____

Cabeza: _____ Cuello: _____ Musculo-esqueletal: _____

Ojos: _____ Tórax: _____ Piel: _____

Oídos: _____ Pulmones: _____ Extremidades: _____

Tipo de audífono, si aplica: _____ Corazón: _____ Linfáticos: _____

_____ Pecho: _____ Neurológico: _____

Nariz y boca: _____ Abdomen: _____ Desarrollo: _____

Dientes y encías: _____ Hernias: _____ Impresión: _____

Faringe: _____ Recto: _____ Impresión: _____

Amígdalas: _____ GU: _____ Resultados Positivos: _____

Tiroides: _____ Genitales: _____

IMPORTANTE PARA LOS PARTICIPANTES DE DEPORTES:

Esta prueba debe llevarse a cabo si el estudiante desea participar en deportes. Si no se realiza, el estudiante no podrá participar en ningún deporte.

Prueba de ejercicio: saltos durante 1-2 minutos.

	PRESION SANGUINEA	HR	RITMO CARDIACO	MURMULLOS
En Descanso				
En el pico del Ejercicio				
Después de 5 min de descanso				

HABILITACION PARA LA PARTICIPACION EN DEPORTES:

Habilitado Habilitado después de la evaluación para: _____

Habilitado para: Colisión Contacto Sin contacto: extenuante o moderadamente extenuante

Firma del examinador Nombre en Imprinta Fecha del Examen

Dirección Teléfono