

SAN JUAN BOSCO PSR
HISTORIA de la salud del alumno y formulario de consentimiento
AÑO 2018-2019

Apellido legal _____ Primer _____ Inicial Medio _____

Información médica:

Hospital/Clínica preferencia _____

Consideraciones de salud alergias especiales:

Autorizo para que mi hijo(a) reciba cualquier tratamiento médico y quirúrgico rayos x, laboratorio, anestesia, y otros médicos o el hospital procedimientos recomendado por médicos y paramédicos. En caso de emergencia, si no se puede comunicar con ninguno de los padres, autorizo para que tales procedimiento se hagan sin nuestro consentimiento informado.

Firma del padre o tutor

Fecha

Doy permiso a mi hijo(a) de ir a excursiones. En caso de accidente u otra emergencia durante actividades relacionadas con St. John Bosco or PSR, declaro a St. John Bosco y PSR libres de toda responsabilidad, siempre y cuando se hayan establecido médicos adecuadas de seguridad.

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del testigo

Fecha

FACTORES FAMILIARES

Madre:

Título: Sr. Sra. Sra. Dra.

Legal última nombre _____ Primer _____

Se casó con Se divorciaron Se volvió a casar Solo Viudo / a

Padre:

Título: Sr. Sra. Sra. Dra.

Legal última nombre _____ Primer _____

Se casó con Se divorciaron Se volvió a casar Solo Viudo / a

Por favor, complete la última página

Por favor, compruebe si alguno de los miembros de la familia de su hijo tiene cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alcoholismo | <input type="checkbox"/> discapacidad |
| <input type="checkbox"/> trastorno de hiperactividad de déficit de atención (TDAH) | <input type="checkbox"/> discapacidades intelectuales y del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> autismo/generalizado retraso del desarrollo (TGD) | <input type="checkbox"/> desorden emocional (depresión, ansiedad, trastorno bipolar) |
| <input type="checkbox"/> desorden de proceso auditivo Central (CAPD) | <input type="checkbox"/> mentales (trastorno del estado de ánimo, trastorno de la personalidad, trastorno psicótico, etcetera.) |
| <input type="checkbox"/> epilepsia | <input type="checkbox"/> abuso |
- otra condición grave: _____

FACTORES EMOCIONALES

¿Ha habido cambios significativos en la vida de su hijo tales como divorcio, muerte en la familia, pérdida del empleo, enfermedad grave y abuso de sustancias, cambio de escuela o cambio de residencia?

- Sí No

INFORMACIÓN PSICOLÓGICA

Ha su hijo nunca recibió cualquier asesoramiento? Sí No

Es su hijo recibir cualquier asesoría ahora? Sí No

Es su familia recibir cualquier asesoría ahora? Sí No

A su hijo, se la ha diagnosticado alguna de las siguientes condiciones:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> el síndrome de Aspergers | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual |
| <input type="checkbox"/> el trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> debilitación de la lengua |
| <input type="checkbox"/> trastorno de hiperactividad de déficit de atención (TDAH) | <input type="checkbox"/> discapacidad |
| <input type="checkbox"/> autismo | <input type="checkbox"/> el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> retraso generalizado del desarrollo (PDD) |
| <input type="checkbox"/> desorden de proceso auditivo Central (CAPD) | <input type="checkbox"/> la debilitación de discurso |
| <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette |

otro: _____

Por favor, compruebe todas las características que se aplican a su hijo:

<input type="checkbox"/> carinoso	<input type="checkbox"/> indiferente
<input type="checkbox"/> agresivo	<input type="checkbox"/> baja autoestima
<input type="checkbox"/> desorganizado	<input type="checkbox"/> obediente
<input type="checkbox"/> distraibles	<input type="checkbox"/> triste o sombrío
<input type="checkbox"/> temerosos	<input type="checkbox"/> rabietas
<input type="checkbox"/> generalmente feliz	<input type="checkbox"/> tiempo
<input type="checkbox"/> hiperactivo	<input type="checkbox"/> equilibrados
<input type="checkbox"/> inmaduros	<input type="checkbox"/> Cama de Wet
<input type="checkbox"/> impulsivo	

otro: _____