

SAN JUAN BOSCO PSR
HISTORIA de la Salud del Alumno y Formulario de Consentimiento
AÑO ACADÉMICO 2019-2020

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

04/2019

Apellido legal _____ Primer _____ Inicial Medio _____

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

- alcoholismo
- trastorno de hiperactividad de déficit de atención (TDAH)
- autismo/generalizado retraso del desarrollo (TGD)
- desorden de proceso auditivo Central (CAPD)
- epilepsia
- discapacidad
- discapacidades intelectuales y del desarrollo
- desorden emocional (depresión, ansiedad, trastorno bipolar)
- mentales (trastorno del estado de ánimo, trastorno de la personalidad, trastorno psicótico, etcetera.)
- 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:

- el síndrome de Aspergers
- el trastorno de ansiedad
- trastorno de hiperactividad de déficit de atención (TDAH)
- autismo
- Trastorno bipolar
- desorden de proceso auditivo Central (CAPD)
- depresión
- Discapacidad intelectual
- debilitación de la lengua
- discapacidad
- el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- retraso generalizado del desarrollo (PDD)
- la debilitación de discurso
- 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: _____