

**SAN JUAN BOSCO PSR**  
**HISTORIA de la Salud del Alumno y Formulario de Consentimiento**  
**AÑO ACADEMICO 2020-2021**

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

05/2020

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: \_\_\_\_\_