

PASO 4: Historial médico

PASO 4: Historial médico

Para ayudarlo a realizar este paso, [HAGA CLIC AQUÍ](#)

1. ACTUALICE la información de su seguro médico en la Historia Médica y las Condiciones Médicas Actuales en el tablón de abajo

- Actualizar el nombre de su seguro en el cuadro de comentarios para "Información de Seguro Médico" (i.e. Blue Cross, Aetna, Kaiser, Medi-CAL, etc.)
- Haga clic en GUARDAR

2. ACTUALIZAR/BORRAR Condiciones: Revise la Historia Médica y las Condiciones Médicas Actuales para su hijo

- Si tiene comentarios para agregar, escriba en el cuadro de comentarios
- Si la condición no se aplica, haga clic en "No Longer Applies"
- Haga clic en GUARDAR

3. AGREGAR Condiciones: Bajo Condiciones Adicionales, haga clic en cada condición médica que se aplica a su hijo

- Declare fechas y detalles sobre la condición en el recuadro de "Comentario"
- Haga clic en GUARDAR

4. RECETA MÉDICA: Si su hijo toma medicamentos recetados (En la sección Condiciones Adicionales):

- Haga clic en "RECETA MÉDICA 1"
- Haga clic en "Comentario" e ingrese el nombre del medicamento, dosis, frecuencia, y la razón para la que usa el medicamento
- Continúe con el proceso para más medicamentos seleccionando "RECETA MÉDICA #"
- Haga clic en GUARDAR

CUANDO HAYA TERMINADO: Haga clic en "Confirmar y continuar"

Condición	Fecha de vigencia	Edad	Grado	Comentario	
Aparatos auditivos	08/21/2015	0	0		No Longer Applies
RECETA MÉDICA 1 (poner nombre en comentarios)	08/07/2015	0	0	Albuterol	No Longer Applies
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	08/03/2015	0	0	My medical insurance is: Medi Cal	No Longer Applies

Condiciones Adicionales
Por favor, marque todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Lentes o pupilentes	<input type="checkbox"/> Invidente (legalmente)	<input type="checkbox"/> Trastorno neuromuscular
<input type="checkbox"/> Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Trastorno ortopédico

3

1

1

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Condición	Fecha de vigencia	Edad	Grado	Comentario	
Lentes o pupilentes	06/01/2015	0	0		No Longer Applies
Cáncer	06/01/2015	0	0		No Longer Applies
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	05/11/2015	0	0	Mi seguro médico es: Medi-Cal	No Longer Applies

Condiciones Adicionales
Por favor, marque todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Aparatos auditivos	<input type="checkbox"/> Invidente (legalmente)	<input type="checkbox"/> Trastorno ortopédico
<input type="checkbox"/> Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Convulsiones - trastorno actual
<input type="checkbox"/> Síndrome de déficit de atención e hiperactividad	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Convulsiones - febril
<input type="checkbox"/> Alergias - a fármacos	<input type="checkbox"/> Sordo o con deficiencias auditivas	<input type="checkbox"/> Convulsiones - infantil

- **HAGA CLIC** en el cuadro de comentarios después de "Mi seguro médico es:"
- Escriba el nombre de su compañía de seguro médico o "NO SEGURO".
- **HAGA CLIC**

Información de **CONDICIONES MÉDICAS**

3

- **HAGA CLIC** en cada condición médica bajo "Condiciones Adicionales" que se aplica a su hijo.
- Dar la fecha y dar detalles sobre la condición en el cuadro "Comentario".
- **HAGA CLIC**
- Después de hacer clic en "GUARDAR", aparecerán las condiciones en "**Historia Médica y las Condiciones Médicas Actuales.**"

Condición	Fecha de vigencia	Edad	Grado	Comentario	
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	08/03/2015	0	0	Mi seguro médico es: Medi-CAL	No Longer Applies
Cáncer	05/15/2015	0	0		No Longer Applies

Condiciones Adicionales
Por favor, marque todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Lentes o pupilentes	<input type="checkbox"/> Invidente (legalmente)	<input type="checkbox"/> Trastorno ortopédico
<input type="checkbox"/> Aparatos auditivos	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Convulsiones - trastorno actual
<input type="checkbox"/> Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Convulsiones - febril
<input type="checkbox"/> Síndrome de déficit de atención e hiperactividad	<input type="checkbox"/> Sordo o con deficiencias auditivas	<input type="checkbox"/> Convulsiones - infantil
<input type="checkbox"/> Alergias - a fármacos	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Autolesión
<input type="checkbox"/> Alergias - ambientales	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Espina bifida
<input type="checkbox"/> Alergias - a alimentos	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette
Fecha de vigencia: 08/07/2015		
Edad: 0		
Grado: 0		
Comentario: peanuts		
<input type="checkbox"/> Alergias - a insectos	<input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/> Trasplantes
<input type="checkbox"/> Asma - inducida por ejercicio	<input checked="" type="checkbox"/> Disfunción cardíaca	<input type="checkbox"/> Otro - salud mental
	Fecha de vigencia: 08/07/2015	
	Edad: 0	
	Grado: 0	
	Comentario: heart murmur	
<input type="checkbox"/> Asma - inducida por enfermedad	<input type="checkbox"/> Trastornos del sistema inmune	<input type="checkbox"/> Otra condición no incluida
<input type="checkbox"/> Asma - estacional	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> RECETA MÉDICA 1 (poner nombre en comentarios)
<input type="checkbox"/> Espectro autista	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> RECETA MÉDICA 2 (poner nombre en comentarios)
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Trastorno neuromuscular	<input type="checkbox"/> RECETA MÉDICA 3 (poner nombre en comentarios)
<input type="checkbox"/> Enfermedad hemorrágica		

2

Historial médico y de condiciones médicas actuales					
Condición	Fecha de vigencia	Edad	Grado	Comentario	
Alergias - a alimentos	08/07/2015	0	0	peanuts	No Longer Applies
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	08/03/2015	0	0	Mi seguro médico es: Medi-CAL	No Longer Applies
Cáncer	05/13/2015	0	0		No Longer Applies

Guardar

Condiciones Adicionales
Por favor, marque todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Lentos o pupilentes	<input type="checkbox"/> Invidente (legalmente)	<input type="checkbox"/> Trastorno ortopédico
<input type="checkbox"/> Aparatos auditivos	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Convulsiones - trastorno actual
<input type="checkbox"/> Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Convulsiones - febril
<input type="checkbox"/> Síndrome de déficit de atención e hiperactividad	<input type="checkbox"/> Sordo o con deficiencias auditivas	<input type="checkbox"/> Convulsiones - infantil
<input type="checkbox"/> Alergias - a fármacos	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Autolesión
<input type="checkbox"/> Alergias - ambientales	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Espina bífida
<input type="checkbox"/> Alergias - a insectos	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette
<input type="checkbox"/> Asma - inducida por ejercicio	<input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/> Trasplantes
<input type="checkbox"/> Asma - inducida por enfermedad	<input type="checkbox"/> Disfunción cardíaca	<input type="checkbox"/> Otro - salud mental
<input type="checkbox"/> Asma - estacional	<input type="checkbox"/> Trastornos del sistema inmune	<input type="checkbox"/> Otra condición no incluida
<input type="checkbox"/> Espectro autista	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> RECETA MÉDICA 1 (poner nombre en los)
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> RECETA MÉDICA 2 (poner nombre en los)
<input type="checkbox"/> Enfermedad hemorrágica	<input type="checkbox"/> Trastorno neuromuscular	<input type="checkbox"/> RECETA MÉDICA 3 (poner nombre en los)

Guardar

4

Información de RECETAS MÉDICAS

4

médico y de condiciones médicas actuales

Fecha de vigencia	Edad	Grado	Comentario	
2015	0	0	peanuts	No Longer Applies
2015	0	0	Mi seguro médico es: Medi-CAL	No Longer Applies
2015	0	0		No Longer Applies

Guardar

Condiciones Adicionales
Por favor, marque todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Invidente (legalmente)	<input type="checkbox"/> Trastorno ortopédico
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Convulsiones - trastorno actual
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Convulsiones - febril
<input type="checkbox"/> Sordo o con deficiencias auditivas	<input type="checkbox"/> Convulsiones - infantil
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Autolesión
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Espina bífida
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette
<input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/> Trasplantes
<input type="checkbox"/> Disfunción cardíaca	<input type="checkbox"/> Otro - salud mental
<input type="checkbox"/> Trastornos del sistema inmune	<input type="checkbox"/> Otra condición no incluida
<input type="checkbox"/> Migrañas	<input checked="" type="checkbox"/> RECETA MÉDICA 1 (poner nombre en los)
	<input type="checkbox"/> RECETA MÉDICA 2 (poner nombre en los)
	<input type="checkbox"/> RECETA MÉDICA 3 (poner nombre en los)

Fecha de vigencia: 08/07/2015
Edad: 0
Grado: 0
Comentario:

Distrofia muscular RECETA MÉDICA 2 (poner nombre en los)

Trastorno neuromuscular RECETA MÉDICA 3 (poner nombre en los)

Guardar

Si su hijo toma medicamentos con receta:

- **HAGA CLIC** en el cuadro de "RECETA MÉDICA 1".
 - En el cuadro de "Comentario" Escribe la medicina, la dosis, la frecuencia, y para lo que el medicamento se utiliza.
 - Continuar con los medicamentos con receta adicionales utilizando lo próximo "RECETA MÉDICA #."
 - **CLICK** **Guardar**
- Usted todavía tendrá que llevar la nota de un médico por cada receta medica dada en la escuela.**

CUANDO HAYA TERMINADO:

✓ Información familiar
✓ Estudiante
✓ Contactos
4 Historial médico
5 Documentos
6 Autorizaciones
7 Confirmación Final de Datos

Confirm and Continue

ELIMINACIÓN de una condición

- Si ha cometido un error y tiene que quitar una selección de la "Historia Médica y Las Condiciones Médicas Actuales." **2**
- O su hijo ya no tiene esta condición, haga clic en **No Longer Applies**
- **HAGA CLIC** **Guardar**

Historial médico y de condiciones médicas actuales

Condición	Fecha de vigencia	Edad	Grado	Comentario	
Alergias - a alimentos	08/07/2015	0	0	peanuts	No Longer Applies
RECETA MÉDICA 1 (poner nombre en comentarios)	08/07/2015	0	0	Allutero1	No Longer Applies
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	08/03/2015	0	0	Mi seguro médico es: Medi-CAL	No Longer Applies
Cáncer	05/13/2015	0	0	Cancer free as of 6/15/2015	No Longer Applies

Guardar

Haga clic en "Confirmar and Continuar"