

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Esta forma debe ser completada por el padre o tutor

20____-20____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____ ESCUELA: _____

SEXO: MASCULINO FEMENINO FECHA DE NAC.: _____ NÚM. DE TELÉFONO _____

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

*****SI SU RESPUESTA ES SI EN CUALQUIER CATEGORÍA, POR FAVOR EXPLIQUE*****

ALERGIAS SI NO _____

UTILIZA EPIPEN SI NO _____

ASMA SI NO _____

TIENE INHALADOR SI NO _____

FRECUENCIA DE USO POCAS VECES UNA VEZ AL DÍA >UNA VEZ AL DÍA EN DEPORTES

REQUIERE EL INHALADOR EN LA ESCUELA SI NO _____

PROBLEMAS EN LA SANGRE SI NO _____

MEDICAMENTO DIARIO SI NO _____

NOMBRE DE LAS MEDICINAS _____

Incluya las que se toma en su hogar. Si tiene que tomar medicamento en la escuela, debe completar el formulario de autorización de medicina y ser archivado en la escuela.

DIABETES SI NO _____

PROBLEMAS DE OÍDO/AUDICIÓN SI NO _____

LENTES/LENTES DE CONTACTOS (CIRCULE UNO) ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA _____

PROBLEMAS DE OJOS/VISIÓN SI NO _____

PROBLEMAS DEL CORAZÓN SI NO _____

HOSPITALIZACIONES SI NO _____ EDAD: _____

INQUIETUDES DE SALUD MENTAL SI NO _____

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS SI NO _____

RESTRICCIONES FÍSICAS SI NO _____

CONVULSIONES SI NO _____

HERIDAS GRAVES SI NO _____ EDAD: _____

CIRUGÍA SI NO _____ EDAD: _____

OTRO SI NO _____

Proveo esta información para que sea compartida con el personal adecuado de salud y propósitos educativos.

Firma del padre/tutor

Fecha

Si desea discutir cualquier inquietud medica, por favor comuníquese con la enfermera, (insert health office phone #)