

Nombre y apellido legal del estudiante _____
 Grado _____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
 Fecha de nacimiento _____ Doctor regular _____ Dentista regular _____

ATENCION, PADRES: Si su hijo tiene problemas con la salud que necesitan atención en la escuela, usted tiene la responsabilidad de notificar la enfermera de la escuela. La enfermera leerá este formulario, pero todavía es importante notificar la escuela directament para asegurar que su hijo reciba la atención que necesita.

Favor de hacer un círculo alrededor de sí o no. Si dice sí, favor de escribir un comentario

Historia medical			fecha	comentarios
(ADD) Trastorno por Déficit de Atención o (ADHD) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	sí	no	_____	_____
Alergias (haga una lista)	sí	no	_____	_____
Asma	sí	no	_____	_____
Alergia al polen	sí	no	_____	_____
Anemia	sí	no	_____	_____
Problemas de los huesos	sí	no	_____	_____
O de articulación				
Cáncer	sí	no	_____	_____
Problemas con los dientes	sí	no	_____	_____
Frenos de los dientes	sí	no	_____	_____
Infecciones de los oídos	sí	no	_____	_____
Tubos en los oídos	sí	no	_____	_____
Problemas en oír –audífono	sí	no	_____	_____
Problemas con la vista o ojos	sí	no	_____	_____
Lentes/fecha de examen	sí	no	_____	_____
Lentes de contacto/tipo	sí	no	_____	_____
Dolor de cabeza	sí	no	_____	_____
Migrañas	sí	no	_____	_____
Problemas del corazón	sí	no	_____	_____
Problemas del estómago/intestino	sí	no	_____	_____
Problemas del riñón o la vejiga	sí	no	_____	_____
Diabetes tipo 1	sí	no	_____	_____
Diabetes tipo 2	sí	no	_____	_____
Convulsiones	sí	no	_____	_____
Enfermedades comunicables				
Viruela	sí	no	_____	_____
Hepatitis-tipo	sí	no	_____	_____
Mononucleosis	sí	no	_____	_____
Pulmonía	sí	no	_____	_____
Infección de la garganta (estrép)	sí	no	_____	_____
Problemas al nacer	sí	no	_____	_____
Problemas genéticos	sí	no	_____	_____
Otro	sí	no	_____	_____

Accidentes	Fecha	Heridas	Fecha	Cirugía	Fecha

Medicina _____ dosis _____ ¿A qué hora se toma? _____
 ¿Va a tomar la medicina en la escuela? Sí no
 ¿Va a tomar la medicina en la escuela? Sí no

Podemos hacer público esta información a empleados de la escuela. Podemos hacer público archivos de inmunizaciones a agencias de la salud si nos los pidan.

Firma del padre o guardián

Fecha