

# Historial de Salud

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Cód. Postal

- Mi hijo/a no tiene problemas de salud y no trae medicinas a la escuela.**

## ***FAVOR DE COMPLETAR SI SU HIJO/A PADECE DE:***

- Alergias:***

Estacionales  \* Si requieren que tome medicinas en la escuela, favor de ir a ver al personal administrativo de salud y obtener un formulario para poder tomar medicinas en la escuela.

Comida /Nueces  Mi hijo/a es alérgico a \_\_\_\_\_.  
Su reacción a esto es \_\_\_\_\_.  
Mi hijo/a tiene un antecedente de anafilaxis. Sí  No   
Mi hijo/a requiere una "Epi-pen" por orden médica. Sí  No

Abejas / insectos  Mi hijo/a es alérgico a \_\_\_\_\_.  
Esto requiere una "Epi-pen" por orden médica. Sí  No   
\*Si la reacción requiere medicamentos, además de la "Epi-pen", que tiene que traer a la escuela, favor de obtener un formulario para poder tomar medicinas en la escuela del administrativo de salud.

Otro:  Favor describir \_\_\_\_\_.  
¿Requiere el uso de una "Epi-pen"? ..... Sí  No

- Asma:***

Estacional  \* Favor de obtener un formulario para tomar medicamentos en la escuela si **cargará** un inhalador.

Crónica  Mi hijo/a fue diagnosticado a la edad de \_\_\_\_\_.  
Mi hijo/a requiere y carga consigo medicamentos y/o inhaladores todo el año, y a diario en la escuela. Sí  No

- Diabetes:***

Mi hijo/a ha tenido un plan de salud para diabéticos Sí  No   
\* Favor de completar un formulario nuevo anualmente (requerido)

- Epilepsia/***

### ***Convulsiones***

La última vez que tuvo convulsiones fue a los \_\_\_\_\_ años.

Sus convulsiones están controladas con medicinas Sí  No

Mi hijo/a ha estado en un plan de acción para convulsiones. Sí  No

- Pérdida de Oído/Vista Corregida con \_\_\_\_\_ último examen \_\_\_\_\_
- Una condición física/herida reciente que le modifica/limita la forma de moverse por el campus.  
Favor de explicar \_\_\_\_\_

- Enfermedades o defectos congénitos del corazón: Favor de explicar \_\_\_\_\_

- Operaciones: ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Toma su estudiante cualquier otra medicina en la **escuela**? \_\_\_\_\_ (razón)

¿Hay alguna otra cosa que nosotros deberíamos saber sobre su salud? \_\_\_\_\_

¿Tiene su estudiante limitaciones en educación física? Sí  No

- Si contesta que sí, favor de proveer una nota del doctor. Debe especificar las actividades en las cuales PUEDE participar.
- Si su hijo/a está enfermo o herido y no puede participar en la educación física por más de una semana, se requiere una nota del doctor.

Firma del padre o tutor legal

fecha