

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