

## LA HISTORIA DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS DE STREATOR 2018-2019

Con el fin de servir mejor a su hijo/a en la escuela, por favor complete lo siguiente:

Nombre de estudiante: _____	Fecha de nacimiento: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección: _____		Escuela/Grado/Maestro: _____/_____/_____
Teléfono Casa: _____	Celular: _____	Trabajo: _____
Doctor o médico: _____		Dirección _____
Teléfono Oficina: _____		Fax: _____

¿Su niño/a ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes? (Use el reverso si sea necesario):

	NO	SÍ	COMENTARIOS/EXPLANACIÓN
TDA/H (déficit de atención)			
Alergias			Anote las alergias: _____ (Si su hijo/a tiene una alergia alimentaria, un <i>Cuestionario de Antecedentes Alérgicos</i> necesita ser completado). ¿Ha tenido su hijo/a una evaluación de alergias? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Fecha de la evaluación: _____ ¿Un EpiPen esta requerido en la escuela? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> (Si es así, un <i>Formulario de Autorización de Medicamentos</i> debe ser completado y debe llevar el EpiPen a la oficina de la escuela).
Asma			Anote los provocaciones del asma: _____ ¿Se necesita un inhalador en la escuela? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> (Si es así, un <i>Formulario de Autorización de Medicamentos</i> debe ser completado y debe llevar un inhalador a la oficina de la escuela).
Defectos de Nacimiento			
Enfermedades de la Sangre			
Problemas con los huesos/articulaciones			
Diabetes			Edad diagnosticado: _____ (Si es así, por favor haga planes para reunirse con el personal escolar apropiado para planificar el Plan de Diabetes de su hijo/a).
Problemas del oído / audición			Audífonos: oído derecho <input type="checkbox"/> oído izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos oídos <input type="checkbox"/> Fecha del último examen: _____
Problemas de los Ojos / la Visión			Lentes: NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> El uso constante <input type="checkbox"/> Para leer <input type="checkbox"/> Fecha del último examen: _____
Dolores de cabeza / Lesiones de la Cabeza			Por favor, informe a la escuela si su hijo/a sufre una conmoción cerebral, ya que podría afectar el aprendizaje
Trastornos coronares / pulmonares			
Saturnismo			Edad: _____ Tratada: NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Nivel actual de plomo (si se conoce): _____
Convulsiones			Describe: _____ Edad diagnosticado: _____ Fecha de la última convulsión: _____ ¿Es la medicación necesaria en la escuela para controlar las convulsiones? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Si es así, un <i>Formulario de Autorización de Medicamentos</i> debe ser completado y debe llevar el medicamento la oficina de la escuela).
Padecimientos de la piel / Erupciones			
Dolores de estómago / problemas intestinales			
Lesiones graves			¿Cuándo?                      ¿Que?
Hospitalización / Cirugía			¿Cuándo?                      ¿Porque?
Otros Problemas de Salud			

## LA HISTORIA DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS DE STREATOR 2018-2019

Anote todos los medicamentos que toma su hijo/a con regularidad:

Medicamento	Dosis	Propósito	Horas dado (Si es necesario darle el medicamento durante el día escolar, un <i>Formulario de Autorización de Medicamentos</i> debe ser completado y usted tendrá que traer el medicamento a la oficina de la escuela.)			
			Escuela:	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	Hora dado:
			Escuela:	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	Hora dado:
			Escuela:	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	Hora dado:

Consentimiento de los Padres/Tutores:

Estoy de acuerdo en el intercambio mutuo de información sobre la salud de mi hijo/a entre la escuela y su proveedor(es) médicos.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Madre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha