

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre /tutor \_\_\_\_\_ Padre /Tutor Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Trabajo/teléfono celular \_\_\_\_\_

**Historial médico:**

¿Ha tenido su estudiante alguna vez un accidente, operación o enfermedad grave? (naturaleza y fecha aproximada)

Por favor revise cualquier **PROVEEDOR DE SALUD DIAGNOSTICADO** las preocupaciones de salud que su estudiante tiene. Si su estudiante no tiene problemas de salud, simplemente marque la casilla que dice "Sin preocupaciones de salud en este momento".

Sin preocupaciones de salud en este momento

**ALERGIAS**

- Alergia a abejas o insectos  
Reacción  Menos  Severo/Amenaza a la vida  
Síntomas \_\_\_\_\_  
Tratamiento \_\_\_\_\_

- Alergias estacionales

- Alergia a la comida

Lista de alimentos \_\_\_\_\_

Reacción  Menos  Severo/Amenaza a la vida

Síntomas \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

- Latex allergy

- Alergia a un medicamento \_\_\_\_\_

- \*Tiene EpiPen

**NEUROLÓGICO**

- Trastorno convulsivo Tipo: \_\_\_\_\_

- ADD  ADHD

- Desorden del espectro autista

- Dolores de cabeza  Migrañas

- Otro: \_\_\_\_\_

**DIGESTIÓN / ELIMINACIÓN**

- Problemas de control intestinal

- Síndrome del intestino irritable

- Incontinencia vesical

- Otro: \_\_\_\_\_

**DIABETES**

- Tipo I  Tipo II

**VISIÓN / AUDIENCIA**

- Déficit de visión  lentes / Contactos

- Déficit auditivo  Audífono

**CARDIOVASCULAR**

- Soplo cardíaco  Arritmia \_\_\_\_\_

- Trastorno cardíaco \_\_\_\_\_

- Defecto de nacimiento del corazón

- Otro: \_\_\_\_\_

**RESPIRATORIO**

- Asma - miera Síntomas intermitentes, con poca frecuencia usa inhalador de rescate, ninguna interferencia con la actividad normal

- Asma - moderada Síntomas persistentes, usa inhalador de rescate, alguna limitación de actividad

- Asma: severa Síntomas intermitentes, con poca frecuencia usa inhalador de rescate, ninguna interferencia con la actividad normal

- Tiene Inhaler en?  \*Escuela  Casa

Desencadenantes del asma

- Ejercicio  Polvo  Polen  Enfermedad respiratoria

- Cambio de temperatura  Otro: \_\_\_\_\_

**MUSCULOESQUELETAL / PIEL**

- MUSCULOESQUELETAL / PIEL

- Otra condición musculoesquelética \_\_\_\_\_

- Otras afecciones de la piel: \_\_\_\_\_

**SALUD CONDUCTUAL**

- Obsesivo compulsivo

- Opozičná defiantná porucha

- Bipolárna porucha

- depresie

- Otro: \_\_\_\_\_

**CONGÉNITO**

- Síndrome de Down

- Otro: \_\_\_\_\_

**HEMATOLÓGICO**

- Hemofilia  Sickle Cell  Otro: \_\_\_\_\_

**Medicación:**

El estudiante de medicación toma diariamente en casa (enumere los medicamentos): \_\_\_\_\_

Medicamentos en la escuela (enumere los medicamentos): \_\_\_\_\_

*\* Si se necesitan medicamentos en la escuela, complete y envíe un formulario de "Autorización de medicación en la escuela". Se requieren firmas de proveedores de servicios de salud Y padres / tutores. El formulario se puede obtener de la enfermera escolar, la oficina o el sitio web del distrito.*

Autorizo la divulgación de información de salud en este formulario para ser compartida con la enfermera de la escuela u otro personal responsable de mi estudiante durante el día escolar.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_