



### HISTORIAL DE SALUD

Nombre del Estudiante _____		Fecha de Nac. / /	Edad	Sexo M F	Grado
Madre/Tutora _____		Padre/Tutor _____			
Celular: (____) _____ - _____		Celular: (____) _____ - _____			
Teléfono de la casa: (____) _____ - _____		Teléfono de la casa: (____) _____ - _____			
Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____		Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____			

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la última escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

**PLANIFICACION PARA UN CUIDADO ESPECIAL/CONDICIONES GRAVES DE SALUD:** Antes de comenzar las clases la escuela debe estar informada acerca de cualquier situación de salud grave o de riesgo la cual podría requerir un plan de salud individualizado.

- Alergias/Anafilaxis:** Mi hijo padece de alergia/anafilaxis y necesita una receta de Epi Pen/Auvi-Q.  
Describe la alergia (comida, insectos) \_\_\_\_\_
- Asma:**  Sí  No Mi hijo necesita inhalador regularmente para sus síntomas de asma.
- Sí  No Mi hijo fue hospitalizado el año pasado debido a un ataque de asma.
- Sí  No Mi hijo/a ha necesitado esteroides (prednisona) debido a los síntomas de asma el año pasado.
- Diabetes:** Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ El estudiante tiene:  Bomba de insulina  Lapicero de insulina  Inyección de insulina
- Ataques:** El estudiante necesita medicación de emergencia para los ataques. Nombre del medicamento \_\_\_\_\_
- Otros:** El estudiante tiene necesidades especiales de cuidado: silla de ruedas, alimentación por tubo, tubo de respiración, catéter, tubos intravenosos, otros. Por favor explique la condición de su hijo y sus necesidades: \_\_\_\_\_

**OTRAS CONDICIONES DE SALUD:** Marque cualquier condición que su hijo padece o padeció en el pasado.

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad	<input type="checkbox"/> Ortopedia/huesos
<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> De temporada	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ortodoncia (frenos)	<input type="checkbox"/> Lesiones graves
<input type="checkbox"/> Restricciones alimenticias	<input type="checkbox"/> Infecciones de Oídos <input type="checkbox"/> Tubos de oídos	<input type="checkbox"/> Cirugía(s)
<input type="checkbox"/> Orinar/Defecar	<input type="checkbox"/> Impedimento auditivo <input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Social/Emocional/Comportamiento
<input type="checkbox"/> Enfermedades en la sangre	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> Dolores estomacales
<input type="checkbox"/> Convulsión cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Infecciones de garganta
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad en los riñones	<input type="checkbox"/> Visión: <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lente de Contacto

Explique cualquier condición que haya marcado \_\_\_\_\_  
¿Su hijo requiere alguna una restricción para cualquier actividad física de la escuela?  No  Sí, especifique la condición y duración de la restricción: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** (en caso de que escuela no pueda comunicarse con los padres)

1. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia \_\_\_\_\_ Ciudad /Estado \_\_\_\_\_

**Declaración de consentimiento:** Con el fin de atender mejor las necesidades de salud de mi hijo, doy permiso a cualquier transferencia de información de su salud a la escuela y a otra escuela pertinente o a profesionales de salud incluyendo al personal de emergencia. Esto incluye compartir información acerca los registros de vacunación con el KS Immunization Program, y con registro de vacunación con el propósito de evaluar, reportar y prevenir enfermedades. Yo autorizo al personal de la escuela a obtener asistencia médica de emergencia para mi hijo en caso de no encontrarme disponible.

Nombre del Padre/Tutor en imprenta	Firma del Padre/Tutor	Fecha

Revised 3 2017