

Nombre del Alumno: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Masculino Femenino

Número de teléfono disponible durante horas escolares: () _____

¿Seguro médico? Privado Medi-Cal CalOptima Medi-Cal de Emergencia Ninguno

Nombre del Doctor/Ciudad: _____

Médicos Especialistas: (Nombre/Especialidad) _____

Seguro Dental: Sí No Seguro de la Vista: Sí No

¿Su hijo ha tenido algún problema con?	Sí	No	Explique cualquier "Sí": (más espacio abajo si se necesita)
Alergias: ¿En peligro de muerte? ¿Necesita un "EpiPen" en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Comida (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Picadas de insectos (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Medicina. (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Temporales <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otro (escriba): _____ Reacción (explique): _____
Alergias: ¿No en peligro de muerte?			<input type="checkbox"/> Comida (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Picadas de insectos (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Medicina. (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Temporales <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otro (escriba): _____ Reacción (explique): _____
<input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> ADHD Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: _____			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: _____			Último episodio: _____ Causas: _____ Inhalador en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Nebulizador en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Autismo: Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: _____			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Sanguínea: (explique)			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Precauciones especiales necesarias en la escuela: _____
Problemas en los huesos/articulaciones ¿Bajo el cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Explique: _____
Lesión Cerebral: <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Traumático			Fecha de la lesión: _____ Explique: _____
Cáncer: Tipo: _____			<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Remisión <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Vía venosa central
Parálisis Cerebral			<input type="checkbox"/> Extremidades superiores <input type="checkbox"/> Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda
Fibrosis Quística			
Retraso en el Desarrollo			
Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II			<input type="checkbox"/> Inyecciones de insulina en la escuela* <input type="checkbox"/> Bomba de insulina* <input type="checkbox"/> Medicina oral
Síndrome de Down			
Infecciones de Oído Frecuentes			Tubos PE <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado
Trastorno Endocrino: (explique)			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Desmayos/Pérdida de Conocimiento, frecuentes ¿Bajo el cuidado del médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Último episodio: _____ Causas: _____
Trastorno Gastrointestinal			Explique: _____
Trastorno Genético			Explique: _____
<input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza <input type="checkbox"/> Conmociones Cerebrales			¿Cuántos? _____ Edad(es): _____ ¿Cómo ocurrieron? _____
Pérdida Auditiva Fecha de la última prueba auditiva: _____			Si sí: <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo Aparatos auditivos: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo Implante: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo

	Sí	No	Explique cualquier "Sí": (más espacio abajo si se necesita)
Problemas del Corazón ¿Bajo el cuidado del médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Explique:
Trastorno inmunológico			Explique:
Problemas con los Riñones/Vejiga			Explique:
Problemas con los Pulmones			Explique:
Condición de Salud Mental: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Bipolar Otro: (explique)			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Fecha del diagnóstico: _____ Por quien:
<input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Trastorno Neurológico			Explique:
Condición Neuromuscular			Explique:
Sangrado Nasal Frecuente			
Convulsiones/Epilepsia: Escriba el tipo de convulsión: _____ Fecha de la última convulsión: _____			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Diatat: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Enfermedades de la Piel (explique)			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Problemas de Visión			<input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Lentes de contacto para la noche únicamente Parche: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
Restricciones de Actividad: ¿Algunas de estas condiciones afecta la habilidad del alumno para participar en las actividades y programas escolares diarios o Educación Física?			Si sí, provea una nota del profesional médico indicando las restricciones o necesidades especiales y cuánto tiempo van a ser necesarios.
Procedimiento/Equipo Médico (escriba)			En: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* Si se necesita en la escuela, nos comunicaremos con usted para más información.
Medicina: Escriba <u>toda</u> la que toma a DIARIO:			
<u>Medicina/Propósito</u>		<u>Dosis/Frecuencia</u>	
_____		_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela*
_____		_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela*
_____		_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela*
* Llame a la oficina de la escuela para CUALQUIER Medicina/Procedimiento Médico que deba tomar/hacer durante las horas escolares.			
¿Existe cualquier otra condición médica grave no mencionado anteriormente? Explique:			
Cualquier respuesta "sí" anteriormente que requiere más explicación:			
Por favor provea cualquier información adicional que pueda afectar la educación o seguridad de este alumno:			

No existen problemas médicos en la actualidad.

La información anterior puede ser compartida con el personal escolar adecuado para asegurar la salud y seguridad del alumno en la escuela. Es la responsabilidad de los padres/tutores legales de informarle a la escuela de cualquier cambio del estado de salud de este alumno.

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Relación: _____