

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

|  | Sí | No | Explique cualquier "Sí": (más espacio abajo si se necesita)   |
|--|----|----|---|
| <b>Problemas del Corazón</b><br>¿Bajo el cuidado del médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |    |    | Explique:   |
| <b>Trastorno inmunológico</b>  |    |    | Explique:   |
| <b>Problemas con los Riñones/Vejiga</b>  |    |    | Explique:   |
| <b>Problemas con los Pulmones</b>  |    |    | Explique:   |
| <b>Condición de Salud Mental:</b><br><input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Bipolar<br>Otro: (explique)                       |    |    | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No<br>Fecha del diagnóstico: _____<br>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  |
| <b>Trastorno Neurológico</b>   |    |    | Explique:   |
| <b>Condición Neuromuscular</b>   |    |    | Explique:   |
| <b>Sangrado Nasal Frecuente</b>  |    |    |   |
| <b>Convulsiones/Epilepsia:</b><br>Escriba el tipo de convulsión: _____<br>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<br>Diatat: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| <b>Enfermedades de la Piel</b> (explique)  |    |    | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No  |
| <b>Problemas de Visión</b>   |    |    | <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  |
| <b>Restricciones de Actividad:</b> ¿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.  |
| <b>Procedimiento/Equipo Médico</b> (escriba)   |    |    | En: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela*<br>Si se necesita en la escuela, nos comunicaremos con usted para más información.  |
| <b>Medicina: Escriba <u>toda</u> la que toma a DIARIO:</b>   |    |    |   |
| <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.  |    |    |   |
| <b>¿Existe cualquier otra condición médica grave no mencionado anteriormente? Explique:</b>  |    |    |   |
|  |    |    |   |
| <b>Cualquier respuesta "sí" anteriormente que requiere más explicación:</b>  |    |    |   |
|  |    |    |   |
| <b>Por favor provea cualquier información adicional que pueda afectar la educación o seguridad de este alumno:</b>   |    |    |   |
|  |    |    |   |

**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: \_\_\_\_\_