

# Información de salud del estudiante

**LEA ATENTAMENTE E IMPRIMA CLARAMENTE** : Complete **TODA** la información a continuación, firme y regrese a la oficina principal .

KPS Preescolar  KMS  KCS  KIS  KHS Grado actual: \_\_\_\_\_ Identificación estatal del estudiante (si se conoce)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Último primero Medio

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  Otra identificación de género

Última escuela a la que asistió : \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código postal

¿Tiene su hijo seguro de salud?  Sí  No Política # \_\_\_\_\_

Proveedor de seguro de salud  Husky  BC / CS  Health Net  Otro \_\_\_\_\_

Verifique si su hijo tenía un plan especializado para el manejo médico o educativo en la escuela.  IEP  504  IHP

Explique : \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ del médico Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre del dentista \_\_\_\_\_ del dentista Teléfono # \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, autorizo a los funcionarios del **Distrito Escolar Público de Killingly** a contactar directamente al personal médico nombrado en este formulario y los autoriza a brindar tales tratamientos a este niño como puede considerarse necesario en una emergencia. No responsabilizaré financieramente al distrito escolar por el atención de emergencia o transporte de este niño.

Iniciales del padre / tutor

¿Usa su hijo anteojos?  Sí  No En caso afirmativo, gafas para  Lectura  Distancia  Ropa de tiempo completo

¿Su hijo tiene asma?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué lo desencadena?  Enfermedad  Alergia  Ejercicio  Aire frío

Describe los síntomas de asma de su hijo: \_\_\_\_\_

Nombres de medicamentos para el asma (dosis y frecuencia) administrados en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo toma algún medicamento diariamente?  Sí  No

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

¿Hay algún problema en el hogar en este momento que pueda afectar el aprendizaje de su hijo?  
\_\_\_\_\_

Describa cualquier problema de comportamiento que tenga su hijo que le preocupe:

\_\_\_\_\_

Enumere, con detalle, cualquier otra inquietud sobre la salud de su hijo que considere que el personal de la escuela debe tener en cuenta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Página 2**

# Información de salud del estudiante

## Alergias

¿Su hijo tiene alguna alergia que se enumeran a continuación? Si es así, marque la casilla y escriba el tipo

- Picadura de insecto \_\_\_\_\_  Medio ambiente \_\_\_\_\_
- Comida \_\_\_\_\_  Medicamentos \_\_\_\_\_
- Animales \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Verifique los signos que generalmente están presentes con una reacción alérgica.

- Dificultad para respirar       Pérdida de conciencia       hinchazón
- Dificultad para tragar       Enrojecido o inusualmente pálido      ¿Cuánto cuesta? \_\_\_\_\_
- Sarpullido       Náuseas      ¿Dónde? \_\_\_\_\_

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

Enumere los medicamentos para controlar las reacciones alérgicas.

Medicación	Cantidad tomada	Cuando se da
-----	-----	-----
-----	-----	-----

## Historia

¿Tiene su hijo limitaciones físicas o restricciones en la actividad?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo algún accidente u operación desde su nacimiento?  Sí  No

Explique : \_\_\_\_\_

¿Ha tenido o le han diagnosticado a su hijo alguno de los siguientes? Por favor marque Sí o No para cada uno.

	sí	No		sí	No
Dolores de estómago frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Lyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones frecuentes del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMPAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubos de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinencia (vejiga o intestino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faringitis estreptocócica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AGREGAR o TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Actualizado 6/19

Página 2 de 3

## Página 3

# Información de salud del estudiante

## Historia familiar

Indique la relación de cualquier pariente cercano con el estudiante que tenga antecedentes de cualquiera de los siguientes

Diabetes	_____	Cáncer	_____
Alta presión sanguínea	_____	Anemia	_____
Trastorno convulsivo	_____	Anemia falciforme	_____
Problema de aprendizaje	_____	Retrasos del desarrollo	_____
Defecto de nacimiento	_____	Enfermedad del corazón	_____

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

## Inscripción para preescolar y jardín de infantes solamente

¿Tiene su hijo infecciones de oído frecuentes?  Sí  No Fecha de la última prueba de audición \_\_\_\_\_

Nombre del MD \_\_\_\_\_ Resultados encontrados \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo tubos en los oídos?  Sí  No Fecha de inserción: \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo anteojos?  Sí  No Fecha del último examen de la vista \_\_\_\_\_

Nombre del Dr. \_\_\_\_\_ Resultados encontrados \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha tenido cirugía en su (s) ojo (s)?  Sí  No Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido su hijo un programa para parchear los ojos?  Sí  No

¿Mojar la cama es un problema?  Sí  No

¿Su hijo tiene accidentes mojados durante el día?  Sí  No

¿Su hijo tiene accidentes ocasionales con las deposiciones?  Sí  No

¿Toma su hijo medicamentos para el estreñimiento?  Sí  No

Nombre del medicamento, frecuencia y tiempo administrados \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa pañales?  Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_

Durante el embarazo con este niño, ¿tuvo la madre algún problema médico?  Sí  No

En caso afirmativo, describa el tipo de problema \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema durante el parto o el parto?  Sí  No

En caso afirmativo, describa el tipo de problema \_\_\_\_\_

¿El niño respiró de inmediato?  Sí  No ¿Peso de nacimiento? \_\_\_\_\_

¿Este niño dejó el hospital cuando la madre se fue?  Sí  No

Por favor escriba la edad en que su hijo hizo lo siguiente:

Camine solo \_\_\_\_\_ Charla (con 2 palabras juntas) \_\_\_\_\_ Baño durante el día entrenado \_\_\_\_\_

***Confirmo que la información contenida en este registro es actual y precisa.***

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha