

DISTRITO ESCOLAR DE PASCO



HISTORIA MÉDICA

Debe ser completado por el padre/madre/guardián

Fecha de hoy _____

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Grado _____

Maestro/a _____

Sexo Varón Hembra

HISTORIA MÉDICA (marque todo lo que aplica)

Una enfermedad que pone la vida en peligro No Sí

Si la respuesta es sí, de acuerdo a la ley estatal su niño(a) no puede asistir a la escuela hasta que se hayan proporcionado las órdenes de los proveedores del cuidado de salud referente a esta enfermedad. Por favor, póngase en contacto con la enfermera de escuela

Por favor, explique sus respuestas afirmativas.

Asma No Sí _____

Alérgico a abejas/insectos (necesita cuidado especial) No Sí _____

Alergias severas--que afectan las actividades escolares No Sí _____

Problemas de embarazo/alumbramiento No Sí _____

Preocupación en cuanto al desarrollo temprano No Sí _____

Frecuentes infecciones en los oídos No Sí _____

Preocupaciones con la audición No Sí _____

Dificultades del habla/ronquera No Sí _____

Dolores de cabeza severos No Sí _____

Ataques/Convulsiones No Sí _____

Condición neurológica No Sí _____

Trastorno de deficiencia de atención/Trastorno de deficiencia No Sí _____

de atención e hiperactivo (¿Quién lo diagnosticó?) _____

Problemas con el corazón No Sí _____

Diabetes No Sí _____

Trastorno de la sangre No Sí _____

Problema ortopédico No Sí _____

Condición crónica /discapacidad No Sí _____

Preocupaciones con la visión No Sí Lentes Lentes de contacto Otro _____

Enfermedades/heridas/operaciones serias No Sí _____ Fecha _____

Otras preocupaciones de la salud No Sí _____

¿Tiene alguna condición médica que limite su participación con la educación física regular? No Sí Las limitaciones son:

MEDICAMENTO

¿Necesita medicina en casa? No Sí Nombre de las medicina(s) _____

¿Necesita medicina en la escuela? No Sí Nombre de las medicina(s) _____

¿Hay alguna cosa que usted nos quisiera decir acerca de su hijo lo cual usted piense que ayudará al personal escolar a comprenderlo mejor y al trabajar con él o ella? _____

Yo entiendo que la información proporcionada arriba será compartida con el personal escolar apropiado quienes necesitan estar informados para poder velar por la salud y bienestar de mi hijo.

Firma _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Los estudiantes saludables aprenden mejor