



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido su hijo(a) alguno de los problemas de salud enlistados? Explique por favor si contesta sí.**

<b>Condición:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Elaboración:</b>
<b>Alergias Estacionales, ambientales, de alimentos, medicamentos</b>			¿a qué?
* " Alergia alimentaria severa significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención medica inmediata. Si no aparece , es entendido de que su hijo(a) no tiene algún tipo de alergia . "**			
<b>¿Tiene alergias que amenazan la vida?</b>			¿ a qué? ¿Requiere medicamento?
<b>Asma –Una autorización escrita por un médico es requerida para que un estudiante cargue y administre su medicina en la escuela.</b>			¿Le dio el médico una autorización para cargar y administrarse su medecina en la escuela?
<b>Trastornos mentales / psicológicos – (ADHD/ Depression/Anxiety (Ansiedad)/Autism(o)...</b>			¿Que desorden/trastorno?¿Requiere medicamento?
<b>Defecto de nacimiento</b>			
<b>Diabetes</b>			
<b>Infecciones crónicas del oído</b>			¿Tiene tubos?
<b>Problema auditivo</b>			¿Aparato para oír?
<b>Ojo -¿Usa lentes o contactos?</b>			
<b>Otras enfermedades del ojo</b>			
<b>Epilepsia/Desorden de ataques</b>			¿Fecha de último ataque?
<b>Hepatitis</b>			Tipo: A B C
<b>Problema de riñón /vejiga</b>			
<b>Fiebre Reumática</b>			
<b>Úlceras/Gastritis</b>			
<b>¿Problema ortopédico (huesos)?</b>			
<b>Problema Cardiac</b>			
<b>¿Restricciones de actividad por orden del doctor?</b>			

Otras Condiciones o Comentarios: \_\_\_\_\_