Orange Unified School District
Inventario con respecto a la salud del estudiante

Fecha _____ **Grado** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Nombre del Estuidiante_____ **Niño** □ **Niña** □
Apellido **1ero Nombre** **2do Nombre**

CONDICION DE SALUD	NO	SI	DESCRIBA SI LA RESPUESTA ES "SI"	NO	SI
*¿Algún cambio desde el último año escolar?	□	□	Especifique:_____		
ALERGIAS	□	□	Estacional / Ambiental □ Leve □ Severo □ Alérgico a:_____ Toma medicamento diario: Si es así, especifique: _____ Tiene medicamento de emergencia: ** Si es así, especifique: _____	□ □	□ □
ASMA	□	□	Leve □ Severo □ Tipo y/o causa del ataque de asma: _____ Toma medicamento diario: Si toma, especifique el medicamento: _____ Tiene medicamento de emergencia: **Si es así, especifique:_____	 □ □	 □ □
ALERGIA a la PICADURA de ABEJA	□	□	**Necesita pastilla de antihistamínica si es picado por abeja **Necesita una inyección de epinefrina en caso de picadura	□ □	□ □
PROBLEMA DENTAL	□	□	Ha recibido cuidado dental Fecha del último examen dental:_____	□	□
DIABETES	□	□	Tiene exámenes de sangre rutinariamente Usa inyección de: insulina □ glucagón □	□	□
INFECCION de OIDOS	□	□	Ocasionalmente □ Frecuentemente □ Bajo cuidado médico: Fecha del último examen médico: _____	 □	 □
EPILEPSIA o CONVULSIONES	□	□	Toma medicamento diario Si toma, especifique el medicamento: _____ Tiene medicación de emergencia **Si es así, especifique:_____	□ □	□ □
CONDICION del CORAZON	□	□	Bajo cuidado médico Especifique restricciones: _____	□	□
PROBLEMA ORTOPEDICO	□	□	Bajo cuidado médico Especifique restricciones: _____	□	□
LESIONES SERIAS O EMFERMEDADES GRAVES Ahora o en el Pasado	□	□	Bajo cuidado médico Si es así, especifique:_____ Toma medicamento diario Si toma, especifique:_____ Toma medicamento de emergencia **Si toma, especifique:_____	□ □ □	□ □ □
CIRUGIAS/OPERACIONES	□	□	Bajo cuidado medico Si, es así, especifique:_____	□	□
TIENE UNA CONDICION DE SALUD QUE PREVIENE LA PARTICIPACION En educación Física-regular	□	□	Especifique condición y limitaciones: _____		
TIENE DIFICULTAD PARA VER	□	□	Dificultad con: distancia □ cercano □ los dos □ Usa anteojos □ lentes de contacto □ Fecha de la última visita con el oculista:_____		
TIENE DIFICULTAD PARA OIR	□	□	Usa aparatos para oír: derecho □ izquierdo □ los dos □ Bajo el cuidado del médico: Si, es así, fecha de la última visita al médico:_____	□ □	□ □
OTROS PROBLEMAS de SALUD	□	□	Especifique problema_____ Especifique necesidades en la escuela_____ Especifique medicamento_____		

*Complete un nuevo Inventario de salud estudiantil en cualquier momento que haya cambios en la salud de su hijo. **El uso de medicamentos en la escuela requiere un formulario firmado de solicitud de medicamentos por parte de los padres y médicos, que está disponible en OrangeUSD.org o en la escuela de su hijo.