



HISTORIA MÉDICA

Debe ser completado por el padre/madre/guardián

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo  Varón  Hembra

HISTORIA MÉDICA (marque todo lo que aplica)

Por favor, explique sus respuestas afirmativas.

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

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 de atención e hiperactivo (¿Quién lo diagnosticó?)  No  Sí \_\_\_\_\_

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