



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO



VALORACIÓN de SALUD

Ciclo Escolar: _____

Al Padre o Tutor:

El propósito de este formulario es proveerle a la enfermera escolar con mayores informes acerca de las necesidades de salud de su hijo. La enfermera escolar pueda contactarle para más información, la cual es esencial para satisfacer las necesidades de su hijo.

Esta información se mantendrá confidencial.

FAVOR de llenar ambos lados (Regrése a la enfermera escolar)

Nombre del estudiante (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Escuela
---	---------------------	------	---------

Domicilio (Calle)

Teléfono de casa:	Teléfono Celular:	Teléfono adicional:	Grado	Maestro/Aula
-------------------	-------------------	---------------------	-------	--------------

Nombre del Padre/Tutor (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Teléfono de trabajo:
--	----------------------

Transporte

Bus -Número de Bus: Auto Bus Especial Guardería

Sección I- Información de la Salud

<p>Lugar en que su hijo recibe atención médica:</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún lugar regular</p> <p><input type="checkbox"/> Doctor Privado /HMO</p>	<p>El seguro médico de su hijo:</p> <p><input type="checkbox"/> ALL KIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Sin Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Privado</p>	<p>Lugar en que su hijo recibe atención dental:</p> <p>Nombre del dentista _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún lugar regular</p> <p><input type="checkbox"/> Dentista Privado /HMO</p>
--	--	---

Hospital de preferencia: _____

Sección II- Historial Médico /Equipo Médico /Procedimiento Requeridos en la escuela

<input type="checkbox"/> Catéter	<input type="checkbox"/> Tubo gástrico	<input type="checkbox"/> Nebulizador-tratamientos	<input type="checkbox"/> Oxígeno-Suplemento	<input type="checkbox"/> Traqueotomía
<input type="checkbox"/> Estimulador del nervio vago (VNS)	<input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Andadera	
<input type="checkbox"/> Otro Favor de explicar:				

Los medicamentos y procedimientos en la escuela requieren el Formulario de Autorización del Padre o quien Prescribe (uno por cada medicamento o procedimiento) Favor de ver a la enfermera escolar.

Favor de llenar el reverso (Requiere Firma)





SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO



VALORACIÓN DE SALUD

Ciclo Escolar: _____

Sección III—Historial Médico

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS NO, pase directamente al pie de página y firme. SÍ, y ha sido diagnosticado por un médico, favor de contestar cada pregunta a continuación.
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno Deficit de Atención (ADD) Trastorno Deficit de Hiperactividad (ADHD) Requiere medicamento <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> En casa
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alergias: <input type="checkbox"/> Erupciones/sarpullido <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Alimentos _____ <input type="checkbox"/> Insectos _____ <input type="checkbox"/> Dificultad p/respirar <input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> Ambientales
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asma <input type="checkbox"/> Usa inhalador en la escuela <input type="checkbox"/> Usa inhalador en la casa
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas sanguíneos: <input type="checkbox"/> Hemofilia, <input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Requiere medicamento <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hemorragia nasal frecuente: <i>Favor de explicar</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cáncer/Leucemia: <i>Favor de explicar</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Parálisis Cerebral: <i>Favor de explicar</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fibrosis Quística: <i>Favor de explicar</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas dentales: <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 Diabetes <input type="checkbox"/> Revisa nivel de azúcar en la escuela <input type="checkbox"/> Requiere Insulina en la escuela <input type="checkbox"/> Tipo 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Controlado con dieta <input type="checkbox"/> Insulina - bomba <input type="checkbox"/> Glucagon <input type="checkbox"/> Medicamento Oral
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Emocional/Comportamiento/Psicológico: <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas Gastrointestinales/Estomacales: <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Genético / Padecimientos inusuales: <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dolores de cabeza: <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas auditivos: <input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos oídos <input type="checkbox"/> Pérdida del oído <input type="checkbox"/> Aparato auditivo <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> Implante de cóclea
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Condición cardíaca: <input type="checkbox"/> Actividades restringidas: <input type="checkbox"/> Medicamento tomado en casa: <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hipertensión (Presión alta): <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Artritis Juvenil/Problemas oseos-articulaciones <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Riñón/ Vejiga/ Problemas urinarios: <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Escoliosis: <input type="checkbox"/> Sin Tratamiento <input type="checkbox"/> Usa órtesis <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Historial Familiar
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ataques/Convulsiones: Tipo de ataque: _____ Medicamentos: <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Klonopin <input type="checkbox"/> Versed <input type="checkbox"/> Medicamento tomado en casa <input type="checkbox"/> Otro _____ <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Rasgo de anemia falciforme <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Válvula: <input type="checkbox"/> VP <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Espina Bífida:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dieta especial: <i>Favor de explicar:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Visión: <input type="checkbox"/> Usa lentes <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras Condiciones Médicas: <i>favor de incluir cualquier medicamento que sólo tome en casa.</i>

Firmas requeridas

Firma del padre(s) o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera: _____ Fecha: _____