

**FORMULARIO DE INVENTARIO DE SALUD ESTUDIANTIL DEL  
DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE MOUNT PLEASANT**



Nombre del/de la estudiante:	Fecha de nacimiento: Edad: Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Padre/madre/tutor: (Persona que llena este formulario)	Teléfono del hogar: Teléfono celular:	Fecha:

¿Alguna vez su hijo/a tuvo	SÍ	NO	En caso afirmativo, explique e incluya la(s) fecha(s):
Una condición física persistente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fue visto/a por un médico especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo alergias: <input type="checkbox"/> alimentos <input type="checkbox"/> látex <input type="checkbox"/> ambientales <input type="checkbox"/> abeja <input type="checkbox"/> insecto <input type="checkbox"/> medicamento <input type="checkbox"/> otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reacción _____ <input type="checkbox"/> Epipen <input type="checkbox"/> Benadryl <input type="checkbox"/> Otros _____
Fue hospitalizado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una lesión que necesitó una visita a la sala de emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perdió 5 días seguidos de escuela debido a enfermedad/lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una lesión ósea/muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo espasmos/convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo un problema o una afección visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lentes <input type="checkbox"/> lentes de contacto
Tuvo un problema o una afección auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> audífono <input type="checkbox"/> implante coclear
Puente dental, ortodoncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha sido diagnosticado/a con COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha estado hospitalizado/a con COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene anticuerpos contra la COVID-19 confirmados en laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Alguna vez algún familiar menor de 50 años?:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Si la respuesta es afirmativa, explicar:</b>
Tuvo un infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo otros problemas graves de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo <input type="checkbox"/> Lesiones dentales <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Afecciones gastrointestinales (úlceras, reflujo, Síndrome del colon irritable [IBS en inglés]) <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas <input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria	<input type="checkbox"/> Afección de salud mental (depresión, trastorno alimentario, ansiedad, Trastorno Obsesivo Compulsivo [OCD], Trastorno Oposicional Desafiante [ODD], etc.) <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales (frecuentes) Hemorragias nasales (que requieren tratamiento médico)	<input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Órgano único ( <input type="checkbox"/> riñón, <input type="checkbox"/> testículo) <input type="checkbox"/> Condición de la piel <input type="checkbox"/> Condición del habla <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> Condición urinaria
---	--	--	--

<b>MEDICAMENTOS ACTUALES</b>	SÍ	NO	Indique el nombre, la dosis, la hora (s)
Administrados en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomados en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>DISPOSITIVO DE ASISTENCIA</b>	SÍ	NO	Marque todo lo que corresponda
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Otros: _____
<b>TRATAMIENTOS</b>	SÍ	NO	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Monitorización de la insulina y glucosa en la sangre <input type="checkbox"/> Dieta especial <input type="checkbox"/> Monitorización de inhalador/nebulizador/flujo máximo

¿Existe alguna afección que impida que su hijo/a participe en actividades de educación física o deportes o que requiera modificaciones para participar?  
 No  Sí: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier otra inquietud: (use el reverso de la hoja si es necesario) \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_