

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
.....nombre apellidos (mes – día – año)

# de identificación \_\_\_\_\_ Grado escolar / Salón \_\_\_\_\_ Escuela donde asistió el año pasado: \_\_\_\_\_

Estimados Padres o Tutores,

El estado de salud de su hijo puede afectar su aprendizaje. Por lo tanto, la información sobre la salud es importante y nos ayuda a planear sus necesidades aquí en la escuela. La información contenida en esta forma pudiera ser compartida con otros miembros del personal de la escuela, como sea necesario. Hagan el favor de llenar esta forma y devolverla a la escuela de su hijo lo más pronto posible.

Enfermera Licenciada de la Escuela \_\_\_\_\_ Asistente de Servicios de Salud o Enfermera Practicante \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE SALUD**

**Favor de marcar una ✓ si su hijo tiene cualquier de los siguientes problemas de salud:**

**No tiene problemas de salud**

Déficit de Atención, Déficit de Atención e Hiperactividad (ADD / ADHD)

Alergias (¿a qué?) \_\_\_\_\_

Asma u otros problemas de respiración

a. ¿Ha sido su hijo diagnosticado con el asma por un **médico**?  Sí  No

b. ¿Ha tenido su hijo periodos de respiración silbante (le hierve el pecho) durante los últimos 12 meses?  Sí  No

c. En los últimos **12 meses** ¿le ha escuchado a su hijo toser o tener respiración sibilante después de jugar activamente?  Sí  No

d. ¿Tiene otro problema de salud? (favor de explicar) \_\_\_\_\_

Problemas de la vejiga / los intestinos (favor de explicar) \_\_\_\_\_

Varicela (favor de anotar en qué año tuvo esta enfermedad) \_\_\_\_\_

Diabetes:  Tipo 1  Tipo 2 ¿Cómo lo cuida? Por:  Plan alimenticio sólo  Medicamentos orales  
 Inyección de insulina  Bomba de insulina

Problemas cardiacos (favor de explicar) \_\_\_\_\_

Limitaciones físicas \_\_\_\_\_

¿La estudiante está embarazada? – fecha de parto \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos la estudiante? Edades de los niños de la estudiante: \_\_\_\_\_

Convulsiones (favor de describir) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Problemas emocionales / sociales/ de salud mental (favor de describir) \_\_\_\_\_

Otro problema de salud o antecedentes de problemas serios (favor de explicar) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo cirujías o ha sido hospitalizado recientemente?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**EMERGENCIAS:** ¿Tiene su hijo un problema de salud que pudiera resultar en una emergencia?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** Favor de hacer una lista de **TODOS** los medicamentos que su hijo toma diario o cuando los necesita. Se requiere consentimiento para **TODOS** los medicamentos que se toman en la escuela, incluso los que no requieren receta de un médico. **El consentimiento debe ser firmado por un Médico y la madre o el padre del estudiante. El consentimiento debe ser renovado al principio de cada año escolar.** Las formas están disponibles en la oficina de salud.

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Propósito \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se toma? \_\_\_\_\_

**Visión**

- No tiene problemas de visión**
- Le recetaron lentes / lentes de contacto
- Usa lentes / lentes de contacto todo el tiempo
- Usa los lentes solamente en el salón de clases
- Sus lentes se perdieron / se rompieron
- Tiene (o ha tenido) lentes, pero no los usa
- Otro problema (favor de explicar) \_\_\_\_\_

**Audición (habilidad para oír)**

- No tiene problemas de audición**
- Infecciones de oído frecuentes (más de 3 infecciones en el último año)
- Tiene tubitos en los oídos. Fecha en que se los pusieron: \_\_\_\_\_
- Pérdida auditiva  oído derecho  oído izquierdo
- Aparatos auditivos  oído derecho  oído izquierdo
- Sus aparatos auditivos se perdieron o se rompieron
- Tiene o ha tenido aparatos auditivos pero no los usa
- Otro problema (favor de explicar): \_\_\_\_\_

**Comentarios:** Utilice el espacio de abajo para describir cualquier problema que usted ha mencionado.

Mi hijo asiste al programa de Mpls Kids en la escuela de \_\_\_\_\_.  Antes de clases  Después de clases

**Seguro Médico:**

- Mi hijo tiene seguro medico:
  - Medical Assistance
  - Minnesota Care
  - Assured Care
  - Otro (por ejemplo, mediante el empleo de Ud.)
- Mi hijo no tiene seguro médico

**Proveedores de Cuidado de Salud:**

¿Va su familia a una clínica en particular o tiene un doctor de cabecera?  Sí  No

Nombre del doctor o de la clínica	Dirección y teléfono	Fecha aproximada de la última visita del niño
Proveedor de salud (médico general)		
Oculista		
Especialista en Oídos		
Otro especialista		

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

**Esta información de salud puede ser compartida con otros miembros del personal de las escuelas públicas de Minneapolis, cuando sea necesario. Si usted no desea que se comparta esta información, haga el favor de ponerse en contacto con la enfermera de la escuela \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**

Nombre de la enfermera de la escuela Tel. o pager

Firma de los padres / tutores: \_\_\_\_\_ Teléfono de día: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / la madre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(mes – día – año)

Parent/Guardian e-mail contact: \_\_\_\_\_