

CHAMBERSBURG AREA SCHOOL DISTRICT
SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA
ANALISIS DE HISTORIA DE SALUD

Este requisito para información ha sido hecho para ayudar a la enfermera certificada a poner al día el récord de salud de su hijo(a). Nosotros podemos controlar mejor la salud y seguridad de nuestros estudiantes con información que esté al día.

Por favor marque cualquier condición que se relacione con su hijo(a), dando información adicional que usted crea pueda ser significativa bajo "COMENTARIOS" y devuélvala a la enfermera de la escuela.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ GRADO ___ SALON ___

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Alergia (lista) | 14. Desorden Genitourinaria |
| 2. Artritis/Enfermedad Reumática | 15. Oído |
| 3. Asma (Medicación) | 16. Hipertensión |
| 4. Desorden Deficiencia de Atención | 17. Inmunidad Supresión |
| 5. Nacimiento/Defectos de Desarrollo | 18. Cáncer |
| 6. Desórdenes de Sangrar/Anemia | 19. Desórdenes Neurológicos |
| 7. Condiciones Cardiovasculares | 20. Desórdenes Ortopédicos |
| 8. Conectivo Desórdenes de piel | 21. Desórdenes siquiátricos |
| 9. Fibrosis Cístico | 22. Desórdenes de Ataques |
| 10. Diabetes | 23. Hoz Enfermedad de Células |
| 11. Desórdenes al Comer | 24. Visión /Defecto al ver los colores |
| 12. Desórdenes Endotrinós | 25. Desórdenes de Peso |
| 13. Desórdenes Gastrointestinales | 26. Describa cualquiera que no se haya mencionado aquí. |

COMENTO

Pasa

Durante el pasado año su niño(a) ha tenido:
Ha tenido alguna enfermedad, lesión seria u operación

Maque uno
Sí No

Está su hijo(a) todavía bajo tratamiento? Sí No
Si la respuesta es sí, nombre del médico _____

Debe su hijo(a) ser restringido en participar en deportes de la escuela? Sí No
Debe su hijo(a) ser restringido en participar en clase de educación física Sí No
Si la respuesta es sí, por favor proporcionar recomendación de su médico por escrito. Sí No
Si la respuesta es sí, por favor especifique _____

Tiene su hijo(a) alguna alergia que requiera atención en la escuela? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor liste instrucciones específicas de las reacciones alérgicas. Si necesita **ATENCIÓN MEDICA URGENTE** cuando le pica una abeja, puede requerir una forma de picadura de abeja a la enfermera de la escuela.

Está su hijo(a) tomando medicamentos actualmente? Sí No
Nombre del medicamento _____ Dosis _____
Hora del Día _____ Razón _____

Si tiene que tomar medicamentos en la escuela, por favor siga la póliza de la escuela con respecto a medicamentos o llame a la enfermera de la escuela y pregúntele.

Ha tenido su hijo(a) inmunizaciones(durante el pasado año)? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor de el nombre y fecha _____

Ha tenido su hijo(a) enfermedades contagiosas durante el año pasado? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor de el nombre, fecha y tratamiento(si se prescribió) su hijo(a) Sí No
Si la respuesta es si, por favor explique o llame requiriendo una conferencia con la enfermera de la escuela o consejero. _____

Gracias por ayudarnos con el cuidado de salud de su hijo(a).

Firma de los padres/guardián

Fecha

Health History Review 05/99, 05/01, 09/01

pasa