



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
DEL ESTADO DE ALABAMA

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE SALUD



Año Escolar: _____

Para los Padres o Tutores:

El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera de la escuela información adicional respecto a las necesidades de salud de su hijo/a. Es posible que la enfermera se comuniquen con Ud. para obtener más información. La información solicitada es esencial para que la enfermera pueda satisfacer las necesidades de salud de su hijo/a.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

**POR FAVOR complete ambos lados de este formulario
(Devolver a la Enfermera de la Escuela)**

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escuela
--	---------------------	------	---------

Dirección (Calle)

Número de Teléfono de Casa:	Número de Teléfono Celular	Número de Teléfono Adicional:	Grado	Profesor/Aula principal
-----------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------	-------------------------

Nombre de Padres/Tutor (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Número de Teléfono del Trabajo:
---	---------------------------------

Transporte

☐ Autobús, Número: _____ ☐ Carro ☐ Autobús para Discapacitados ☐ Clases Extendidas

Parte I – Información de Salud

Lugar donde su hijo/a recibe atención médica:

Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

- ☐ Centro de Salud Comunitario
☐ Departamento de Salud
☐ Clínica Hospital
☐ Ningún lugar regular
☐ Médico privado/HMO

Información de seguro médico de su hijo/a:

- ☐ ALL KIDS
☐ Medicaid
☐ Ninguno
☐ Otro _____
☐ Seguro Privado

Lugar donde su hijo/a recibe cuidado dental:

Nombre del Dentista: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

- ☐ Centro de Salud Comunitario
☐ Departamento de Salud
☐ Clínica Hospital
☐ Ningún lugar regular
☐ Médico privado/HMO

Hospital preferido: _____

Parte II – Historial Médico Equipamiento Médico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

- ☐ Catéter ☐ Sonda Gástrica ☐ Tratamiento Nebulizador ☐ Suplemento de Oxígeno ☐ Traqueotomía
☐ Estimulador de Nervio Vago (VNS) ☐ Respirador/Ventilador ☐ Silla de Ruedas ☐ Andador
☐ Otro Por favor, explique: _____

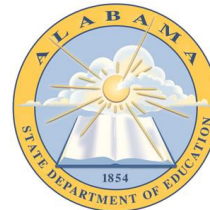
Las Medicamentos y Procedimientos en la Escuela requieren un Recetador/Formulario de Autorización Parental (uno por cada medicamento o procedimiento). Por favor pregunte a la Enfermera de su Escuela.

Por favor complete el reverso de este Formulario (Requiere Firma)





DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
DEL ESTADO DE ALABAMA



REGISTRO DE EVALUACIÓN DE SALUD

Año Escolar: _____

Parte III – Historial Médico

☐ SI ☐ NO	PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS Si selecciona NO , vaya directamente al final de la página y proporcione la firma de los padres/tutor Si selecciona SI , y está diagnosticado por un médico, responda a cada pregunta abajo.
☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO	Síndrome de Déficit de Atención (ADD) Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) Requiere medicamento ☐ En la escuela ☐ En casa
☐ SI ☐ NO	Alergias: ☐ Comida _____ ☐ Insectos _____ ☐ Ambiental _____ ☐ Medicamentos _____ ☐ Urticaria/Erupciones ☐ Medicamentos ☐ Dificultad respiratoria ☐ Epi-pen ☐ Otro: _____
☐ SI ☐ NO	Asma ☐ Utiliza inhalador en la escuela ☐ Utiliza inhalador en casa
☐ SI ☐ NO	Problemas de Sangre: ☐ Hemofilia, ☐ Enfermedad de Von Willebrand ☐ Otro ☐ Requiere medicamento <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Hemorragias nasales frecuentes: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Cáncer/Leucemia: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Parálisis Cerebral: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Fibrosis Quística: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Problemas Dentales: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Diabetes ☐ Diabetes Tipo 1 ☐ Mide Niveles de Azúcar en la escuela ☐ Requiere insulina en la escuela ☐ Diabetes Tipo 2 ☐ Controlada con una dieta ☐ Bomba de insulina ☐ ☐ ☐ Pedido de Glucagón ☐ ☐ ☐ Medicamento oral
☐ SI ☐ NO	Emocional/De Comportamiento/Sicológico: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Gastrointestinal/Problemas de Estómago: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Trastornos Genéticos/Atípicos: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Dolores de Cabeza: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Problemas Auditivos: ☐ Oído Derecho ☐ Oído Izquierdo ☐ Ambos Oídos ☐ Pérdida Auditiva ☐ Aparato Auditivo (Audífono) ☐ Tubos ☐ Implante Coclear
☐ SI ☐ NO	Problemas Cardíacos: ☐ Restricciones para Actividades: ☐ Medicamentos tomados en casa: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Hipertensión (Presión Arterial Alta): <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Artritis Juvenil/Problemas de Articulaciones y Huesos: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Problemas de Riñón/Vejiga/Urinaros: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Escoliosis: ☐ Ningún Tratamiento ☐ Utiliza Soporte ☐ Cirugía ☐ Historial Familiar
☐ SI ☐ NO	Ataques/Convulsiones: Tipo de Ataque: _____ Medicamentos: ☐ Diastat ☐ Klonopin ☐ Versed ☐ Medicamento tomado en Casa ☐ Otro _____ <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Anemia de Células Falciformes: ☐ Anemia ☐ Rasgo drepanocítico
☐ SI ☐ NO	Tubo (Shunt): ☐ Ventriculoperitoneal (VP shunt) <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Espina Bífida:
☐ SI ☐ NO	Dieta Especial: <i>Por favor, explique:</i>
☐ SI ☐ NO	Problemas de Visión: ☐ Utiliza gafas/lentes ☐ Utiliza Lentes de Contacto ☐ Otro
☐ SI ☐ NO	Otros Problemas Médicos: <i>Por favor, incluya <u>cualquier</u> medicamento que se toma solamente en casa.</i>

Firmas Requeridas

Firma de los padres o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____