

Servicios Médicos del Estudiante de la Hillsboro Independent School District

HISTORIA DE LA SALUD DE LA INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Grado _____ Nombre de padres o del guarda: _____

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para desarrollar un plan de la salud para su niño en caso de necesidad. La información con respecto a su condición de la salud de niño será compartida solamente con el personal que necesita conocer para asistir a su niño en escuela.

¿Quién es doctor primario de su niño? _____ Ciudad _____ Teléfono _____

¿Su niño ve a especialista por razón? Sí No

¿Si sí, porque qué razón están viendo su niño? _____

Nombre de especialista _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Hace a su niño tienen:

Desorden de déficit de atención Sí No Especifique _____

Bipolar Sí No Especifique _____

Síndrome de Tourette Sí No Especifique _____

El otro condición psicológica Sí No Especifique _____

Epilepsia o asimientos Sí No Especifique _____

El otro condición neurológico Sí No Especifique _____

Alergias a Sí No Especifique _____

alimento, medicina, insectos, Tipo de reacción _____

o disparadores ambientales Medicación de la emergencia _____

Asma Sí No Especifique _____

Diabetes Sí No Insulina Sí No

Infecciones frecuentes del oído Sí No Especifique _____

Dolores de cabeza/jaquecas Sí No Especifique _____

Condición del corazón Sí No Especifique _____

Condición de la ortopédica (hueso) o Sí No Especifique _____

musculoesquelética Sí No Especifique _____

Problemas con los riñones o la vejiga Sí No Especifique _____

Problemas con los intestinos Sí No Especifique _____

Reflujo gástrico/acidez estomacal Sí No Especifique _____

Condición de la piel (ex. eczema, psoriasis) Sí No Especifique _____

Marca del nacimiento Sí No Especifique _____

Historia de la cirugía Sí No Especifique _____

Audiencia o problema de la visión Sí No Especifique _____

Dispositivo de la audiencia Especifique _____

Antojos Contactos

La otra condición no especificada Sí No Especifique _____

Hace a su niño:

Toma medicación de la emergencia Sí No Especifique _____

Toma medicación diaria Sí No Especifique _____

Información adicional con respecto problemas médicos/a cirugías: _____

Notifique por favor la escuela lo más pronto posible para informarnos de cualquier cambio a esta información. Si su niño tiene una condición médica que necesite un plan individual de la salud formulado, le entrarán en contacto con usted.

Mi firma indica que la información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento.

Firma del padre o del guardián _____ Fecha _____