

**RESUMEN DE SALUD  
DEBE RENOVARSE ANUALMENTE**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Dirección actual: \_\_\_\_\_

---

**Tenga en cuenta:** Las preocupaciones sobre la salud de los estudiantes, que incluyen, entre otras: alergias a los alimentos/alergias a las picaduras de abejas, diabetes, problemas respiratorios, convulsiones o cualquier problema de salud que pueda interferir con el aprendizaje de su hijo(a), se compartirán con los maestros del salón de clases y el personal apropiado que "necesita saber" a menos que especifique lo contrario al notificar a la enfermera de la escuela.

**Médico/Proveedor de atención médica actual:** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
**Fecha de la última visita al médico:** \_\_\_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_

**¿Este niño(a) ha tenido alguno de los siguientes durante el último año?** (En caso afirmativo, explique en el espacio provisto)

- ❖ Lesiones graves que requieren atención médica. \_\_\_\_\_
- ❖ Enfermedad u operaciones graves \_\_\_\_\_
- ❖ Visitas a la sala de emergencias para recibir tratamiento \_\_\_\_\_
- ❖ Cambios en el uso de anteojos o lentes de contacto \_\_\_\_\_
- ❖ Nuevas alergias diagnosticadas \_\_\_\_\_
- ❖ Enfermedad crónica diagnosticada \_\_\_\_\_
- ❖ Asma o problemas respiratorios \_\_\_\_\_
- ❖ Ataques/Convulsiones \_\_\_\_\_
- ❖ COVID-19 \_\_\_\_\_

**¿Está recibiendo este niño(a) algún medicamento recetado?** (Si es así, por favor enumere)

**¿Ha recibido este niño(a) alguna vacuna desde el año pasado?** (Si es así, enumere las fechas y el proveedor)

---

**¿Hay cambios o dificultades en la familia que puedan influir en el rendimiento o el comportamiento escolar?**

---

**¿Hay otros servicios o agencias involucradas con su hijo(a) o familia?** (por ejemplo, consejeros, terapeutas, agencias de servicios sociales. Si es así, enumere)

---

**¿Hay alguna otra información sobre la salud y el bienestar de este niño(a) que sea importante para una experiencia escolar exitosa este año?** (Si es así, por favor descríbalo)

---

**Completado por:** \_\_\_\_\_ **Relación con el/la estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Escriba el nombre** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_