



Información Sobre la Salud del Estudiante

Para ser completado por nuevos estudiantes y actualizado a medida que cambien las condiciones.

Nombre del estudiante _____ Año de nacimiento _____ Grado _____

Esta información puede ser compartida con el personal del distrito escolar y personal de emergencia para proteger la salud y la seguridad de su hijo(a).

Preocupaciones de salud	Sí	No	Medicamento (Nombre, dosis)	Seguimiento necesario en la escuela	Comentarios o descripciones
Asma/Respiratorio				¿Inhalador en la escuela? Sí No	
Alergias graves				Comida Látex Insectos	Tipo de reacción: Fecha de la última reacción:
Diabetes					
Lesión en la cabeza					
Convulsiones/ Neurológicos					Tipo y fecha de la última convulsión
Corazón/sanguíneo					
Músculos/Huesos/ Articulación/Piel					
Vejiga/Riñón					
Estómago/ intestino					
Problemas de inmunidad					
Emocional/ Comportamiento					
Problemas de oído				¿Problemas al escuchar? ¿Preferencia de dónde sentarse?	
Problemas de la vista				¿Gafas o lentes de contacto? ¿Problema sólo al leer?	
Problemas de Crecimiento/Nutrición				Restricciones alimenticias (ejemplo: puerco, vegetariano, gluten, etcétera)	Tipo:
Preocupación por su desarrollo					
Otras preocupaciones					

Si su hijo/a se enferma o se lesiona, la escuela intentará llamar a los padres o tutores en casa o en su trabajo. Si no nos podemos comunicar con usted, la escuela intentará llamar a uno de los contactos de emergencia. En caso de un daño serio, llamaremos al 911.

Firma: _____

Fecha: _____