

Oakdale Joint Unified School District

168 South Third Avenue, Oakdale, California 95361

(209) 848-4884 ♦ Fax (209) 847-0155



HISTORIA DE LA SALUD ESTUDIANTIL

Nombre del Estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Nombre del Padre/ Guardián _____ Teléfono _____

SI	NO	Tiene su niño:	
		Deficiencia en su visión ☐ Lentos o lentes de contacto ☐ Daltónico (no puede ver los colores)	Si su respuesta es sí, indique la fecha del último examen:
		Usa aparatos auditivos o tiene dificultades para escuchar	Si su respuesta es sí, por favor explique:
		Tiene reacciones alérgicas (Marque todo lo que aplique) ☐ Abejas/ insectos ☐ Comidas ☐ Medicamentos ☐ Alergias por temporada ☐ Otras: _____	Si su respuesta es sí, especifique el tipo de reacción: _____ Especifique el tipo de comida: _____ Especifique el medicamento: _____
		¿Le han recetado un EpiPen?	Se necesitan órdenes del Doctor para tener un EpiPen en la escuela o para que el estudiante la tenga consigo mientras esta dentro del plantel escolar. *Visite la oficina para obtener las formas que necesita.
		¿Tiene asma?	Sí _____ No _____
		¿Le han recetado un inhalador?	Se necesitan órdenes del Doctor para tener un inhalador en la escuela o para que el estudiante cargue consigo su inhalador /lo use por sí mismo mientras esta dentro del plantel. *Visite la oficina para obtener las formas que necesita.
		¿Tiene diabetes?	Si la respuesta es sí, indique el medicamento _____
		¿Le dan convulsiones?	Si la respuesta es sí, indique el tipo de convulsiones _____ Frecuencia _____ Medicamento _____
		¿Problemas neurológicos? (Dolores de cabeza / Migrañas, etc.)	Si la respuesta es sí, Medicamento/ Tratamiento _____
		¿Problemas con los intestinos, la vejiga, los riñones, el estómago?	Si la respuesta es sí, Medicamento/Tratamiento _____
		¿Problemas con el corazón?	Si la respuesta es sí, Medicamento/Tratamiento _____
		¿Problemas ortopédicos (huesos/coyunturas)?	Si la respuesta es sí, Medicamento/ Tratamiento _____
		¿Ha recibido la diagnosis de TDA o TDAH?	Si la respuesta es sí, Medicamento/ Tratamiento _____
		¿Ha sido diagnosticado con un problema de Salud Mental?	Si la respuesta es sí, por favor explique _____
		¿Preocupaciones sobre el Habla?	Sí _____ No _____
		¿Está visitando al doctor por cualquier condición que no se ha mencionado en esta forma?	Si la respuesta es sí, por favor explique _____
		¿Ha sufrido alguna herida seria o ha sido hospitalizado?	Si la respuesta es sí, por favor explique _____
		¿Ha habido un cambio mayor recientemente que puede impactar la salud emocional de su niño?	Si la respuesta es sí, por favor explique _____

Si usted tiene una preocupación sobre el desarrollo de su niño y desea comunicarse con un miembro del personal, por favor marque la caja que corresponde y describa su preocupación. ☐ Enfermera ☐ Psicólogo de la Escuela ☐ Especialista de Habla y Lenguaje.
Preocupación:

Firma del Padre/ Guardián _____

Fecha _____