DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD *CONFIDENCIAL*

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ ☐ Masculino ☐Femenino

Fecha de nacimiento _____Edad_____ Grado_____

☐ ***Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.***

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Durante el horario escolar? ☐ Sí ☐ No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela, (Un formulario para cada medicamento)

Marque ☑ la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

☐ **Asma**

☐ **Convulsiones**
- ☐ Fecha de la última convulsión_____
- ☐ Tipo de convulsión _____
- ☐ Actualmente toma medicamentos para las convulsiones _____

☐ **Alergias**
- ☐ Abejas
- ☐ Comidas _____
- ☐ Alérgico al medicamento _____
- ☐ Otro _____

☐ **Limitaciones físicas _____**
- ☐ Equipo especializado necesario en casa
- ☐ Equipo especializado necesario en la escuela

☐ **Intolerancia a la lactosa**

☐ **Soplo /enfermedad del corazón_____**

☐ **Otras condiciones** _____

☐ **Diabetes** ☐ **Tipo I** ☐ **Tipo II**
- ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? ☐ Sí ☐ No
  Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____
- ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? ☐ Sí ☐ No
- ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? ☐ Sí ☐ No
  Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____
- ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagon? ☐ Sí ☐ No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? ☐ Sí ☐ No
Si sí: Nombre del médico _____Teléfono _____Fax____

Domicilio_____

☐ **Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.**

Firma de los padres/tutor legal _____ ***Fecha*** _____

For Office Use Only:

☐ Original to Cum ☐Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100) ☐ Health Assistant ☐ Teacher

CONFIDENTIAL