Distrito Escolar Unificado de San José

# Actualización de información de salud del estudiante

Ciclo escolar: _____

Apreciado padre de familia:
Sus respuestas a las siguientes preguntas proporcionarán información valiosa que ayudará a las enfermeras y al personal del SJUSD a planear el programa escolar de sus hijos e identificar las necesidades de servicios de salud. Después de contestar este cuestionario devuélvalo a la oficina de salud de la escuela de su hijo(a). Si tiene preguntas, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo(a).

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:

Escuela: Grado: Maestra(o):

Nombre del padre, madre o tutor legal:

Números telefónicos del padre, madre o tutor legal:

Por favor marque con un círculo todo lo que describa problemas de salud de su hijo o hija:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Alergia a algún alimento | Alergia de temporada | Problemas de la vista | Diabetes Tipo 1 | Diabetes Tipo 2 | Asma |
| Alergia al piquete de abeja | Alergia grave que requiere Epipen (pluma de adrenalina) | Usa anteojos o lentes de contacto | Antecedentes de problemas auditivos | Usa aparato(s) para oír | Ataques o convulsiones |

Por favor escriba cualquier otra condición médica o problema de salud que tenga su hijo(a) actualmente:

Si usted indicó que su hijo(a) tiene cualquier condición médica o problema de salud, por favor explíquelo y compártanos cualquier otra información adicional que desee que sepamos:

¿Su hijo(a) toma medicina(s) en casa? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor escriba cuáles:_____

¿Su hijo(a) toma medicina en la escuela? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor escriba cuáles:_____

¿Tiene su hijo(a) un proveedor regular de servicios de salud? SÍ NO
Nombre del proveedor de servicios de salud: Teléfono:

Durante el año pasado, ¿ha tenido su hijo(a) cualquier enfermedad grave, operación o accidentes? SÍ NO
Si la respuesta es sí, ¿cuándo ocurrió?_____ ¿Le hospitalizaron? SÍ NO
Explique por favor:

¿Su hijo(a) cuenta actualmente con seguro de salud? SÍ NO
Si la respuesta es sí, por favor marque con un círculo el tipo de seguro que tiene su hijo(a):
Medi-Cal Healthy Kids Kaiser Child Health Plan Covered CA Seguro privado

Si su hijo(a) no tiene seguro médico actualmente ¿le gustaría que nuestro personal de Healthy Start le llame para darle más información al respecto? SÍ NO

Firma del padre, madre o tutor: Date: