

**Distrito Escolar de Roseland**  
**Historia de Salud Infantil**

Fecha: ____ / ____ / ____		Escuela: _____	
Nombre del Estudiante: _____			
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> No binario	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Padre/Tutor: _____			
Telefono: Casa (____) _____		Celular (____) _____	
Domicilio: _____			
Street	Apt.	City	Zip

**¿Su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes?**

<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Alergia a piquetes de insectos
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído recurrentes	<input type="checkbox"/> Problemas de los ojos
<input type="checkbox"/> Limitación de movimiento		
<input type="checkbox"/> Enfermedad reciente, hospitalización, cirugía u otras condiciones físicas que limitan la actividad física de su hijo en la escuela.		

Proporcione información adicional para cualquiera de las condiciones anteriores marcadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el recipiente de prescripción con la fecha actual.

¿Su hijo/a necesita medicamentos mientras está en la escuela?  Sí  No

Si usted dijo Sí, complete la forma "Autorización para la administración de medicamentos" (obtenga el formulario en la oficina de la escuela)

Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____
Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a usa anteojos?  Sí  No

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica que pueda requerir cuidados mientras está en la escuela o que restrinja su actividad física, como deportes de contacto? (Por favor describa)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La información obtenida de este historial médico puede incluirse en una lista confidencial de condiciones de salud, si corresponde. Para obtener más información / inquietudes, comuníquese con la enfermera de la escuela.

_____	_____
Firma del padre/tutor	Fecha