



Cuestionario sobre la salud del alumno (Confidencial)

Toda la información es confidencial y se utiliza para proteger
la salud y la seguridad de su hijo/a en la escuela

Historia General:

Nombre de estudiante:	
Fecha de nacimiento:	Género:
Grado:	Escuela:
Nombre del padre/tutor:	
Número de teléfono:	Correo electrónico:
Nombre del médico:	Número de teléfono:

Marque todas las afecciones que se apliquen al historial médico de su hijo/a e indique si son pasadas o actuales.

Condición	Pasado	Actual	Condición	Pasado	Actual	Condición	Pasado	Actual
TDA/TDAH			Autismo (TEA)			Anafilaxia		
Accidentes/Lesiones/Fracturas			Asma/Afecciones respiratorias			Artritis		
Trastornos de la vejiga			Trastornos sanguíneos/hemorrágicos			Problemas intestinales o para ir al baño		
Cáncer			Problemas dentales			Diabetes		
Infecciones de oído/ Tubos de ventilación			Problemas de alimentación			Riesgo de caídas o problemas de equilibrio		
Resfriados frecuentes/Gripe			Problemas gastrointestinales			Problemas cardíacos		
Traumatismo craneal			Problemas auditivos/pérdida audición/dispositivos de ayuda auditiva			Problemas renales		
Trastornos hepáticos			Salud mental/emocional			Dispositivos de movilidad		
Trastornos musculares			Trastornos neurológicos			Ortesis		
Restricciones en la actividad física			Trastornos convulsivos			Dolores de cabeza intensos o migrañas		
Infecciones graves			Derivación			Afecciones cutáneas		
Trastornos del sueño			Trastornos del habla/retraso en el habla			Intervenciones quirúrgicas		
Problemas de visión/Gafas			Otros (por favor, describa):					

***Explique cualquier problema de salud o cualquier otra información que desee que la escuela conozca sobre su hijo/a**

Medicamentos (si corresponde)

Nombre del medicamento:		Lugar de administración: (Hogar/Colegio)	
Afección tratada:			
Nombre del medicamento:		Lugar de administración: (Hogar/Colegio)	
Afección tratada:			
Nombre del medicamento:		Lugar de administración: (Hogar/Colegio)	
Afección tratada:			

Consentimiento: Me comprometo a notificar a la escuela cualquier cambio en la información médica de mi hijo/a y doy mi consentimiento para que dicha información se comparta de forma adecuada con el personal de la escuela. Me pondré en contacto con la enfermera escolar del distrito si tengo alguna duda o pregunta sobre el estado de salud de mi hijo/a.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____