# ESCUELAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO DE ROXBURY

## HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del niño _____ Género _____ Fecha de nacimiento _____

Médico _____ Número de teléfono _____

¿Ha visto su hijo/a a un dentista? ____ Sí ____ No

Preocupaciones dentales _____

¿Ha visto su hijo/a a un oculista? ____ Sí _____ No

¿Usa anteojos? ____ Sí _____ No

¿Ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes?

| Sí | No | Condición | Sí | No | Condición |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | Anemia | ☐ | ☐ | Asma |
| ☐ | ☐ | Problemas de vejiga / riñón | ☐ | ☐ | Bronquitis |
| ☐ | ☐ | Varicela (fecha: _____) | ☐ | ☐ | Conmoción cerebral (fecha: _____) |
| ☐ | ☐ | Convulsiones / trastorno convulsivo | ☐ | ☐ | Diabetes |
| ☐ | ☐ | Encefalitis | ☐ | ☐ | Problemas oculares |
| ☐ | ☐ | Fiebre de más de 104 grados | ☐ | ☐ | Dolores de cabeza / migrañas |
| ☐ | ☐ | Pérdida de audición | ☐ | ☐ | Enfermedad cardíaca |
| ☐ | ☐ | Hepatitis | ☐ | ☐ | Hernia |
| ☐ | ☐ | Pierna / articulación dolor | ☐ | ☐ | Enfermedad de Lyme (fecha: _____) |
| ☐ | ☐ | Meningitis | ☐ | ☐ | Mononucleosis |
| ☐ | ☐ | Trastorno neuromuscular | ☐ | ☐ | Hemorragias |
| ☐ | ☐ | nasales Otitis media (infecciones de oído) | ☐ | ☐ | Neumonía |
| ☐ | ☐ | Evaluación psicológica | ☐ | ☐ | Fiebre reumática |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | Escarlatina | ☐ | ☐ | Problemas de la piel Problemas del |
| ☐ | ☐ | habla | ☐ | ☐ | Dolores de estómago |
| ☐ | ☐ | Estreptococos | ☐ | ☐ | Cirugía (fecha: _____) |
| ☐ | ☐ | Amigdalitis | ☐ | ☐ | Tuberculosis |

**Por favor, complete el reverso**

Por favor, explique cualquier " YES "respuestas de la primera página:

_____

_____

_____

_____

¿Su hijo/a ha tenido alguna reacción a:

comidas (¿cuál(es)?): _____ Medicamentos (¿cuál(es)?): _____

Picaduras de abejas / insectos: _____

Vacunas: _____ Otro: _____

Por favor explique: _____

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento en casa actualmente?:

_____

¿Necesitará su hijo/a medicamentos durante el día escolar?

_____

¿Cuál es el propósito del medicamento?

_____

¿Su hijo/a tiene algún problema de salud o trastornos congénitos que cree que pueden afectar el aprendizaje de su hijo/a?

_____

¿Existe algún problema de salud o restricciones físicas que, en su opinión, pueda afectar la capacidad de su hijo/a para participar en educación física? **Si es así, proporcione más documentación del médico tratante**.

_____

¿Hay algún otro problema de salud que le gustaría compartir con nosotros?

_____

_____

_____

Fecha: _____ Firma del padre / tutor: _____