

Nombre y apellido legal del estudiante _____
 Grado _____ Fecha de nacimiento _____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
 Doctor regular _____ Dentista regular _____

ATENCION, PADRES: Si su hijo tiene problemas con la salud que necesitan atención en la escuela, usted tiene la responsabilidad de notificar la enfermera de la escuela. La enfermera leerá este formulario, pero todavía es importante notificar la escuela directament para asegurar que su hijo reciba la atención que necesita.

Favor de hacer un círculo alrededor de sí o no. Si dice sí, favor de escribir un comentario

Historia medical	sí	no	fecha	comentarios
(ADD) Trastorno por Déficit de Atención o (ADHD) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad			_____	_____
Alergias (haga una lista)			_____	_____
Asma			_____	_____
Alergia al polen			_____	_____
Anemia			_____	_____
Problemas de los huesos			_____	_____
O de articulación			_____	_____
Cáncer			_____	_____
Problemas con los dientes			_____	_____
Frenos de los dientes			_____	_____
Infecciones de los oídos			_____	_____
Tubos en los oídos			_____	_____
Problemas en oír –audífono			_____	_____
Problemas con la vista o ojos			_____	_____
Lentes/fecha de examen			_____	_____
Lentes de contacto/tipo			_____	_____
Dolor de cabeza			_____	_____
Migrañas			_____	_____
Problemas del corazón			_____	_____
Problemas del estómago/intestino			_____	_____
Problemas del riñón o la vejiga			_____	_____
Diabetes tipo 1			_____	_____
Diabetes tipo 2			_____	_____
Convulsiones			_____	_____
Enfermedades comunicables			_____	_____
Viruela			_____	_____
Hepatitis-tipo			_____	_____
Mononucleosis			_____	_____
Pulmonía			_____	_____
Infección de la garganta (estrép)			_____	_____
Problemas al nacer			_____	_____
Problemas genéticos			_____	_____
Otro			_____	_____

Accidentes	Fecha	Heridas	Fecha	Cirugía	Fecha

Medicina _____ dosis _____ ¿A qué hora se toma? _____
 _____ ¿Va a tomar la medicina en la escuela? Sí no
 _____ ¿Va a tomar la medicina en la escuela? Sí no

Podemos hacer público esta información a empleados de la escuela. Podemos hacer público archivos de inmunizaciones a agencias de la salud si nos los pidan.

Firma del padre o guardián **Fecha**