



Información sobre la salud del estudiante

Estudiante: _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____

La información que recopilamos sobre la salud del estudiante es para poderle proporcionar servicios médicos y seguridad en la escuela. Esta información es confidencial y será incluida en el expediente de salud del estudiante. Solo será compartida con personal de emergencia y de la escuela, en el caso de que sea necesario. Usted no tiene la obligación legal de proveernos esta información, pero, el no hacerlo, puede resultar en una planeación inadecuada para el estudiante.

NOTA: Las vacunas son un requisito obligatorio para ser admitido en la escuela. Para obtener más información al respecto, refiérase a los documentos sobre las vacunas que están a su disposición en la escuela.

Padre/tutor-por favor marque las casillas que sean correctas con respecto a la salud de su hijo:

- NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD**
- TDAH/TDA (ADHD/ADD) (Trastorno por Déficit de Atención) Toma medicamentos para TDAH/TDA
- Alergias (liste las que tenga): _____
- Asma Otros problemas respiratorios: _____
- Diabetes: Tipo I Tipo II
- Impedimento auditivo Usa audífonos
- Deficiencia del sistema inmunológico: _____
- Problemas de salud mental (depresión, trastorno obsesivo compulsivo OCD, etc.): _____
- Migrañas
- Problemas motrices (problemas con los músculos, los huesos, el equilibrio, etc.): _____
- Convulsiones
- Enfermedad de células falciformes
- Impedimento visual Usa anteojos/lentes de contacto
- Otro: _____

Otras preguntas sobre la salud de su hijo <i>(por favor conteste todas las preguntas)</i>	SÍ	NO	En caso afirmativo, sírvase explicar
¿Presenta alguna limitación física?			
¿Ha sido hospitalizado/operado/se ha accidentado durante los últimos 12 meses?			
¿Tiene algún problema de salud que pueda resultar en una emergencia?			
¿Utiliza un inhalador?			
¿Utiliza un <i>EpiPen</i> (autoinyector de epinefrina)?			
¿Tomará medicamentos mientras esté en la escuela? <i>En caso afirmativo, es necesario diligenciar los documentos de autorización para la toma de medicamentos. Para ello, por favor hable con la enfermera de la escuela.</i>			

Proveedor de atención médica (médico o clínica) _____ Teléfono _____

Teléfono del padre/tutor _____ Correo electrónico _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____