



INFORMACIÓN SOBRE LA SALUBRIDAD DEL ESTUDIANTE

Le agradecemos su ayuda para poner al corriente la información sobre la salud de su hijo/a y nosotros poderle dar el mejor cuidado posible en la escuela. **Favor de llenar esta hoja de información y regrésela a la escuela.**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ M / F Maestro/a y grado _____
 Padre/Guardián _____ Teléfono _____ Celular _____
 Proveedor de salud/médico _____ Teléfono _____

Historia Médica de Salud: Marque que corresponde a su preocupación acerca la salud de su hijo/a:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> ADD/ADHD | <input type="radio"/> Preocupaciones dietéticos | <input type="radio"/> Condición cutánea/Eczema |
| <input type="radio"/> Alergias (ver más abajo) | <input type="radio"/> Frecuentes dolores de cabeza | <input type="radio"/> Condición del estómago |
| <input type="radio"/> Asma (ver más abajo) | <input type="radio"/> Problema auditivo | <input type="radio"/> Urinario / riñón |
| <input type="radio"/> Malfuncionamiento de la vesicular o intestinos | <input type="radio"/> Condición del corazón | <input type="radio"/> Problemas con la visión ¿Lentes? / ¿Lentes de contacto? |
| <input type="radio"/> Desorden de la sangre | <input type="radio"/> Condición resistente/transigente | <input type="radio"/> Otra |
| <input type="radio"/> Cerebro (lesión, condición, cirugía) | <input type="radio"/> Impedimentos físicos | |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Ataques repentinos | |

Favor de explicar preocupaciones especiales acerca su salud _____

Asma: If you checked asthma above, please complete an asthma treatment plan (ASP-1), available at your student's school.

¿Que hacer su asma peor?: ___ alergias ___ ejercicio ___ infecciones respiratorias ___ el tiempo (aire frío)

Alergias:

- Alergias a comidas (especifique) _____
- Alergias a las abejas _____
- Otras alergias (especifique, por favor) _____

Favor de describir la reacción alérgica y tratamiento _____

¿Le ha advertido su médico que traiga un 'EpiPen' para reacción a las alérgias? ___ Sí ___ No

Otra información de Salubridad

¿Le afectan a su hijo/a los problemas? ___ Sí ___ No Si es Sí, favor de explicar _____

Nombre algunas lastimaduras o cirugias significantes _____

¿Se le requiere a su hijo/a que tome medicinas? ___ Sí ___ No Si es Sí, favor de explicar _____

¿Otras necesidades especiales o preocupaciones? : _____

Any other special needs or concerns? _____

Marque por favor:

- Ninguna preocupación de salud a este tiempo**
- Comprendo que la información médica proporcionada es confidencial. Esta información puede ser compartida cuando sea necesario para proporcionar un ambiente seguro para mi hijo/a.

Padre/Guardián Firma _____ Date _____