

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Grado escolar \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor \_\_\_\_\_ Email de padre/tutor \_\_\_\_\_

Teléfono hogar \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo/celular \_\_\_\_\_

**Historial médico:**

¿Alguna vez su estudiante ha tenido un accidente, operación o enfermedad seria? (naturaleza y fecha aprox.) \_\_\_\_\_

Por favor marque cualquier problema de salud de su estudiante que haya sido **DIAGNOSTICADO POR SU MÉDICO PROFESIONAL**. Si su estudiante no tiene problemas de salud, simplemente marque el recuadro que dice "No hay problemas de salud en este momento"

**No hay problemas de salud en este momento**

**ALERGIAS**

Alergias a abejas o insectos  
Reacción  Leve  Severa/Amenaza su vida  
Síntomas \_\_\_\_\_  
Tratamiento \_\_\_\_\_

Alergias de temporada

Alergias a alimentos

Enliste los alimentos \_\_\_\_\_

Reacción  Leve  Severa/Amenaza su vida  
Síntomas \_\_\_\_\_  
Tratamiento \_\_\_\_\_

Alergia al latex

Alergia a medicamentos \_\_\_\_\_

\*Tiene EpiPen

**NEUROLÓGICO**

Trastorno convulsivo Tipo: \_\_\_\_\_

ADD  ADHD

Trastorno del espectro autista

Dolores de cabeza  Migrañas

Otros: \_\_\_\_\_

**DIGESTIÓN/ELIMINACIÓN**

Problemas de control intestinal

Síndrome del colon irritable

Incontinencia en la vejiga

Otro: \_\_\_\_\_

**DIÁBETES**

Tipo I  Tipo II

**VISIÓN/AUDITIVO**

Déficit de la vista  Lentes/contactos

Déficit auditivo  Ayuda auditiva

**CARDIOVASCULAR**

Soplo del corazón  Arritmia \_\_\_\_\_

Trastorno cardíaco \_\_\_\_\_

Defecto cardíaco de nacimiento

Otro: \_\_\_\_\_

**RESPIRATORIO**

Asma – leve Síntomas intermitentes, uso infrecuente de inhalador de rescate. No interfiere con su actividad normal

Asma – moderado Síntomas persistentes, usa inhalador de rescate. Algunas limitaciones a actividades.

Asma – severo síntomas diarios. Usa inhalador de rescate varias veces al día. Actividades normales extremadamente limitadas

¿Tiene inhalador en?  \*La escuela  Hogar

Detonantes que provocan el asma

Ejercicio  Polvo  Polen  Enfermedad respiratoria

Cambio de temperatura  Otro \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**MÚSCULOESQUELÉTICO/PIEL**

Parálisis cerebral

Otra condición musculoesquelética \_\_\_\_\_

Otras condiciones de la piel: \_\_\_\_\_

**SALUD EN COMPORTAMIENTO**

Trastorno obsesivo compulsivo

Trastorno negativista desafiante

Trastorno bipolar

Depresión

Otro: \_\_\_\_\_

**CONGÉNITO**

Síndrome de Down

Otro: \_\_\_\_\_

**HEMATOLÓGICO**

Hemofílico  anemia drepanocítica  Otro: \_\_\_\_\_

**Medicamento:**

El medicamento que el estudiante toma diario **en** casa (anote los medicamentos): \_\_\_\_\_

Medicamentos **en la escuela** (anote los medicamentos): \_\_\_\_\_

*\*Si el medicamento es necesario en la escuela, complete y regrese un formulario de "Autorización para medicamento en la escuela". Se requiere de las firmas del proveedor de atención médica Y de los padres/tutores. La forma puede ser obtenida con la enfermera de la escuela, en la oficina o en el sitio web del distrito.*

Autorizo la divulgación de la información de salud en este formulario para que sea compartido con la enfermera de la escuela u otro personal responsable para mi estudiante durante el día escolar.

Firma de padres/tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_