

_____ F__ M__
 Apellido del Estudiante Nombre Inicial Cumpleaños Grado

Doctor/Teléfono: _____ Dentista/Teléfono: _____

INFORMACION SOBRE LA SALUD DE SU NIÑO

→ → NO SE SABE DE NINGUN PROBLEMA DE SALUD

→ → → Marque solamente los que aplican y regrese a la oficina de la escuela → → →

ADHD: ¿Requiere Medicamentos? Si No Nombre de la Medicina _____
 ¿Se le dará en la escuela? Si No Nombre del Doctor/Teléfono _____

ASMA: ¿Requiere Medicinas/Inhalador? Si No ¿Diariamente?
 ¿Como sea necesario? ¿Con ejercicio? ¿Se le dará en la escuela? Si No
 Nombre de la Medicina _____

Reacciones Alérgicas: ¿A que? _____ Urticaria/Rash? Si No
 (Severa) ¿Tiene dificultad al respirar? Si No ¿Tiene antídoto? Si No
 Nombre del Doctor/Teléfono _____

Depresión: ¿Requiere Medicamentos? Si No ¿Nombre de la Medicina? _____
 ¿Se le dará en la escuela? Si No Nombre del Doctor/Teléfono _____

Diabetes: Tipo 1 Tipo II Medicinas? Oral Inyección
 Se le dará en la escuela? Si No Pompa?
 Nombre de la medicina _____
 Nombre del Doctor/Teléfono _____

Problemas de oídos; Infecciones frecuentes? del pasado Presente ¿Pérdida permanente de los oídos?
 ¿Fecha del último examen? _____
 ¿Aparatos para oír? Izquierda Derecha ambos
 Nombre del Doctor/Teléfono _____

Desordenes de epilepsia: Fecha de la última epilepsia _____ ¿Requiere Medicina? Si No
 Nombre de la medicina _____
 Nombre del Doctor/ Teléfono: _____

Problemas del corazón: Diagnostico: _____
 Nombre del Doctor/Teléfono: _____
 ¿Medicamento? Si No ¿en casa? ¿en la escuela?
 ¿Restricciones Físicas? Si No

Hospitalizaciones: Explique: _____

Condiciones Ortopédicas: ¿Zapatos/Aparatos Correctivos? ¿Muletas? ¿Silla de ruedas?
 ¿Terapia Física? CCS Otras limitaciones Físicas? _____

Problemas de la Vista: Necesita lentes? ¿De contacto? Solamente para leer? Todo el tiempo?
 Fecha del último exámen _____

Medicinas que toma: ¿Para que condición? _____
 Por otras razones: Nombre de la Medicina _____
 Dosis y frecuencia _____ ¿Se le dará en la escuela? Si No
 Nombre del Doctor/Teléfono: _____

Por favor liste otra información importante de salud o comportamiento: _____

Código de Educación de California 49423 – Los estudiantes que toman Medicamentos en la escuela necesitan una forma “Autorización para Medicamentos” completada anualmente. Esta forma debe estar archivada en la escuela antes de que el medicamento sea dado.

***Estas condiciones requieren un Plan de Cuidado de Salud. Nota: Cualquier condición mencionada puede requerir un Plan de Cuidado de Salud.**
 Todas las formas pueden obtenerse en la oficina de Salud de la Escuela.

* Firma de los Padres _____ Fecha: _____