

Nombre:	Fecha de nacimiento: Años: Grado:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Madre/Padre: (Persona que completa Este Formulario)	Teléfono de casa: Teléfono móvil:	FECHA:

¿Ha tenido su hijo alguna vez:	SI	NO En	caso afirmativo, explique e incluya la fecha:
tenía una condición médica continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
visto una especialista médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alimentos Insectos medicamentos Otros Estuvieron
hospitalizados	<input type="checkbox"/> Se	<input type="checkbox"/> sometiero n a	
una operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvieron una lesión que requirió una visita a la sala de emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Faltó	
5 días seguidos a la escuela debido a una enfermedad / lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido una lesión de huesos / músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
desmayó, tenía una conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tenido una convulsión / convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tenía un problema de visión o condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vasos <input type="checkbox"/> contactos
tenía un problema de audición o condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> audífono <input type="checkbox"/> implante coclear
Puente dental, aparatos ortopédicos o boquilla	desgastados <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alguna vez algún familiar menor de 50 años:	SÍ	NO En	caso afirmativo, especifique:
Tuvo un ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo otros problemas de salud graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Era su hijo nacido prematuro? No Sí Edad gestacional _____ Peso al nacer _____ ¿Complicaciones?

¿Quién es el proveedor de atención médica actual de su hijo?

MARQUE TODO LO QUE SE APLIQUE A SU HIJO:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas | <input type="checkbox"/> Órgano único (<input type="checkbox"/> riñón, <input type="checkbox"/> testículo) |
| <input type="checkbox"/> Asma / dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Condición de la piel |
| <input type="checkbox"/> Autismo / Asperger | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Condición del habla |
| <input type="checkbox"/> Lesiones dentales | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental
(depresión, trastorno
alimentario,
ansiedad, TOC, ODD, etc.) | <input type="checkbox"/> Condición urinaria |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Escoliosis | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | | |
| <input type="checkbox"/> Afecciones gastrointestinales
(úlceras, reflujo, SII) | | |

MEDICAMENTOS ACTUALES	SÍ	NO	Indique el nombre, la dosis, la hora (s)
en la escuela	Se <input type="checkbox"/>	administra <input type="checkbox"/>	
toma en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EQUIPO DE AYUDA	SÍ	NO	Por favor, marque todo lo que corresponda
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> caminante <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otro:
TRATAMIENTOS	SÍ	NO	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insulina / glucosa en sangre monitoreo <input type="checkbox"/> inhalador / nebulizador / monitoreo de flujo máximo <input type="checkbox"/> dieta especial _____ <input type="checkbox"/> otro _____

Por favor enumere cualquier inquietud adicional: (use el reverso de la hoja si es necesario)

Las leyes federales de confidencialidad (privacidad) requieren el permiso del padre / tutor para compartir información médica con otra escuela personal. Al firmar a continuación, está dando su consentimiento para compartir la información contenida en este historial médico con el personal de la escuela y el personal de transporte que tiene contacto con su hijo durante el día escolar.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____