

**Servicios de Salud Escolar
Información de Salud Actual**

Nombre del estudiante: _____
Apellido
Nombre
Inicial
Fecha de Nacimiento

Escuela: _____ **Grado:** _____

Si	No	Su hijo:	
		¿Usa <input type="checkbox"/> anteojos O <input type="checkbox"/> lentes de contacto?	En caso afirmativo, fecha del último examen:
		¿Usa audífonos o tiene un problema de audición?	En caso afirmativo, por favor explique:
		¿Tiene reacción alérgica? (Marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> abejas / insectos <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Otro: _____	Especifique la comida: _____ Especifique med: _____ Por favor, explique: _____
		¿Tiene una receta para Epi-Pen?	
		¿Tiene un Epi-Pen en la escuela?	En caso afirmativo, por favor complete el formulario de Certificación Medica y entregue a la oficina de la escuela
		¿Tiene asma?	En caso afirmativo, los medicamentos actuales:
		¿Utiliza un inhalador en la escuela? <u>Ubicación del inhalador:</u> <input type="checkbox"/> Con estudiante O <input type="checkbox"/> en la oficina de la escuela	En caso afirmativo, por favor complete el formulario de Certificación Medica y entregue a la oficina de la escuela
		¿Tiene diabetes?	En caso afirmativo, los medicamentos actuales:
		¿Tiene convulsiones?	En caso afirmativo medicamentos actuales: Fecha de la ultima convulsión:
		¿Tiene problemas intestinales, la vejiga o estomacales?	En caso afirmativo, los medicamentos actuales/tratamiento:
		¿Problemas Cardiacos (del Corazón)?	En caso afirmativo, por favor explique y enumere los medicamentos actuales/tratamiento:
		¿Problema ortopédico (hueso o articulación)?	En caso afirmativo, por favor explique y enumere los medicamentos actuales/tratamiento:
		¿Ha sido diagnosticado con ADD o ADHD?	En caso afirmativo, los medicamentos actuales/tratamiento:
		¿Actualmente está siendo visto por un médico para cualquier condición que no está indicada?	En caso afirmativo, por favor explique:
		¿Tome los medicamentos recetados durante el horario escolar?	Medicamento: En caso afirmativo, por favor complete el formulario de Certificación Medica y entregar a la oficina de la escuela
		¿Ha habido un cambio de vida importante en la vida de su hijo que pueda afectar su bienestar emocional?	En caso afirmativo, por favor explique:

Fecha

Firma del Padre/Tutor