

## Servicio de Salud

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino

### **Historial de Salud del Alumno**

Por favor marque cualquier condición presente AHORA o en el pasado.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> Alérgico a: _____<br/>Reacciones comunes: _____<br/>Medicamentos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asma _____<br/>Medicamentos a tomar en la escuela: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Condición nasal/sinusitis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Neumonía en el pasado _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas dentales _____</p> <p><input type="checkbox"/> Acidez/GERD _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ulceras/Colitis/Crohn's _____</p> <p><input type="checkbox"/> Infección del riñón o vesícula _____</p> <p><input type="checkbox"/> Estado del Corazón _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problema a los huesos o coyunturas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Artritis juvenil _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas a la espalda/escoliosis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lentes o contactos _____</p> <p><input type="checkbox"/> La ceguera al color _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición de la vista _____</p> <p><input type="checkbox"/> Infección al oído/tubos en el pasado _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de la audición (encierre): <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de dicción: _____</p> <p><input type="checkbox"/> La Viruela del Pollo – la fecha de la enfermedad: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otras condiciones de salud: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Diabetes (encierre) <input type="checkbox"/> Tipo 1 or <input type="checkbox"/> Tipo 2<br/>Edad del diagnóstico: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Condición de la Tiroides _____</p> <p><input type="checkbox"/> Condición de la piel _____</p> <p><input type="checkbox"/> Migraña o dolor de cabeza grave _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historia de herida en la cabeza grave _____</p> <p><input type="checkbox"/> Incautación Condición (Tipo) _____<br/>Medicamentos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje _____</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit atencional _____<br/>Medicamentos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión o condición de salud mental _____<br/>Medicamentos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo peso <input type="checkbox"/> Sobrepeso</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden en el sangrado _____</p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes (Tipo) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de cáncer _____</p> <p><input type="checkbox"/> Condición congénita o de nacimiento _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugías (Tipo y año) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de enfermedad grave _____</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Por favor vea a la enfermera si usted marco cualquier de las alternativas.**

Escriba cualquier otra discapacidad o condición de salud que pueda limitar las actividades: \_\_\_\_\_

Escriba cualquier medicamento o suplementos tomados en casa: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

Médico del estudiante: \_\_\_\_\_ Dentista del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_