

DISTRITO ESCOLAR DE PASCO



HISTORIA MÉDICA

Debe ser completado por el padre/madre/guardián

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Maestro/a \_\_\_\_\_

Sexo  Varón  Hembra

HISTORIA MÉDICA (marque todo lo que aplica)

Una enfermedad que pone la vida en peligro  No  Sí

Si la respuesta es sí, de acuerdo a la ley estatal su niño(a) no puede asistir a la escuela hasta que se hayan proporcionado las órdenes de los proveedores del cuidado de salud referente a esta enfermedad. Por favor, póngase en contacto con la enfermera de escuela

Por favor, explique sus respuestas afirmativas.

Asma  No  Sí \_\_\_\_\_

Alérgico a abejas/insectos (necesita cuidado especial)  No  Sí \_\_\_\_\_

Alergias severas--que afectan las actividades escolares  No  Sí \_\_\_\_\_

Problemas de embarazo/alumbramiento  No  Sí \_\_\_\_\_

Preocupación en cuanto al desarrollo temprano  No  Sí \_\_\_\_\_

Frecuentes infecciones en los oídos  No  Sí \_\_\_\_\_

Preocupaciones con la audición  No  Sí \_\_\_\_\_

Dificultades del habla/ronquera  No  Sí \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza severos  No  Sí \_\_\_\_\_

Ataques/Convulsiones  No  Sí \_\_\_\_\_

Condición neurológica  No  Sí \_\_\_\_\_

Trastorno de deficiencia de atención/Trastorno de deficiencia  No  Sí \_\_\_\_\_

de atención e hiperactivo (¿Quién lo diagnosticó?) \_\_\_\_\_

Problemas con el corazón  No  Sí \_\_\_\_\_

Diabetes  No  Sí \_\_\_\_\_

Trastorno de la sangre  No  Sí \_\_\_\_\_

Problema ortopédico  No  Sí \_\_\_\_\_

Condición crónica /discapacidad  No  Sí \_\_\_\_\_

Preocupaciones con la visión  No  Sí  Lentes  Lentes de contacto Otro \_\_\_\_\_

Enfermedades/heridas/operaciones serias  No  Sí \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Otras preocupaciones de la salud  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna condición médica que limite su participación con la educación física regular?  No  Sí Las limitaciones son: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO

¿Necesita medicina en casa?  No  Sí Nombre de las medicina(s) \_\_\_\_\_

¿Necesita medicina en la escuela?  No  Sí Nombre de las medicina(s) \_\_\_\_\_

¿Hay alguna cosa que usted nos quisiera decir acerca de su hijo lo cual usted piense que ayudará al personal escolar a comprenderlo mejor y al trabajar con él o ella? \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la información proporcionada arriba será compartida con el personal escolar apropiado quienes necesitan estar informados para poder velar por la salud y bienestar de mi hijo.

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Los estudiantes saludables aprenden mejor