



## Información Sobre la Salud del Estudiante 2019-2020

Debe ser actualizado anualmente y ser devuelta a la escuela a la mayor brevedad posible.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Año de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Médico/Clínica \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia \_\_\_\_\_

Esta información puede ser compartida con el personal del distrito escolar y personal de emergencia para proteger la salud y la seguridad de su hijo(a).

| Preocupaciones de salud               | Sí | No | Medicamento (Nombre, dosis) | Seguimiento necesario en la escuela   | Comentarios o descripciones                       |
|---------------------------------------|----|----|-----------------------------|---|---|
| Asma/Respiratorio                     |    |    |                             | ¿Inhalador en la escuela?<br>Sí No  |   |
| Alergias graves                       |    |    |                             | Comida<br>Látex<br>Insectos   | Tipo de reacción:<br>Fecha de la última reacción: |
| Diabetes                              |    |    |                             |   |   |
| Lesión en la cabeza                   |    |    |                             |   |   |
| Convulsiones/<br>Neurológicos         |    |    |                             |   | Tipo y fecha de la última convulsión              |
| Corazón/sanguíneo                     |    |    |                             |   |   |
| Músculos/Huesos/<br>Articulación/Piel |    |    |                             |   |   |
| Vejiga/Riñón                          |    |    |                             |   |   |
| Estómago/<br>intestino                |    |    |                             |   |   |
| Problemas de<br>inmunidad             |    |    |                             |   |   |
| Emocional/<br>Comportamiento          |    |    |                             |   |   |
| Problemas de oído                     |    |    |                             | ¿Problemas al escuchar?<br>¿Preferencia de dónde sentarse?                        |   |
| Problemas de la<br>vista              |    |    |                             | ¿Gafas o lentes de contacto?<br>¿Problema sólo al leer?                           |   |
| Problemas de<br>Crecimiento/Nutrición |    |    |                             | Restricciones alimenticias<br>(ejemplo: puerco, vegetariano,<br>gluten, etcétera) | Tipo:   |
| Preocupación por su<br>desarrollo     |    |    |                             |   |   |
| Otras<br>preocupaciones               |    |    |                             |   |   |

Si su hijo/a se enferma o se lesiona, la escuela intentará llamar a los padres o tutores en casa o en su trabajo. Si no nos podemos comunicar con usted, la escuela intentará llamar a uno de los contactos de emergencia. En caso de un daño serio, llamaremos al 911.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_