Distrito Escolar de Lemon Grove

HISTORIA DE SALUD

Nombre del/a alumno/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

La seguridad y el bienestar de su niño/a es importante para nosotros. Muchos problemas físicos o emocionales podrían interferer con su habilidad para aprender. Podremos ayudarle mejor en la tarea de aprender si estamos informados acerca de posibles problemas de salud de su hijo/a.

PROBLEMAS DE SALUD (Favor de marcar todos que se apliquen)

Trastorno de Deficiencia de Atención e Hiperactividad.....□
Asma .....□
Problemas de la vejiga .....□
Hemofilia.....□
Varicela .....□ Fecha _____
Deficiencia de la visión cromática □
Diabetes .....□
Eccema/problemas de piel .....□
Epilepsia .....□
Herida al ojo.....□
Hemorragia nasal frecuente .....□
Infecciones de oído .....□ Comentarios: _____
Problemas de corazón .....□ Comentarios: _____
Herida al cráneo.....□ Comentarios: _____
Fracturas .....□ Comentarios: _____
Hospitalización.....□ Comentarios: _____
Cirugías.....□ Comentarios: _____
Hipoglicemia .....□
Pérdida del oído.....□ Derecha □ Izquierda □
Pérdida de la vision .....□ Derecha □ Izquierda □
Viruela (Alemana) .....□ Fecha _____
Sarampión.....□ Fecha _____
Paperas .....□ Fecha _____
Limitaciones físicas .....□ Comentarios: _____
Neumonia .....□ Fecha _____
Escoliosis .....□
Ataques .....□
Impedimiento del habla.....□
Amigdalitis (anginas).....□ Fecha _____
Usa lentes.....□ Para leer solamente □ Distanza solamente □ Todo el tiempo □
Usa lentes de contacto .....□

Otro u comentarios _____

_____

_____

CONTINUA AL REVERSO

Distrito Escolar de Lemon Grove

HISTORIA DE SALUD

Nombre del/a alumno/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Limitaciones en actividades escolares: _____

_____

ALERGIAS (marque todos que se apliquen)

Animales ..... □
Insectos ..... □
Picaduras de avejas..... □
Medicinas ..... □
Comidas..... □
Pollen/Sacates □
Otra ..... □

Explique: _____

_____

Describe reacción y tratamiento: _____

_____

No tiene alergias ☐

PRESCRIPCIONES Y MEDICINAS

Nombre del medicamento	Dosis	Con que frecuencia toma	Por que toma
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fecha del último exámen médico _____ Nombre del doctor _____

Fecha del último exámen dental _____ Nombre del dentista_____

Fecha del último exámen de la vista _____ Nombre del doctor _____

Si desea platicar con la enfermera sobre problemas de salud de su hijo/a, por favor anote el número de teléfono donde se le puede llamar durante el día.

Nombre de usted _____

Número de teléfono _____

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____