



ESCUELAS PUBLICAS DE ENGLEWOOD EVALUACION DE SALUD

Nombre: _____
 Apellido **Nombre** **Fecha de Nacimiento**

- La historia médica de su hijo/a contiene alguna de las siguientes:
- | | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|--|------------------|------------------|
| a. ¿Se desmaya cuando hace ejercicios? | _____ | _____ |
| b. ¿Ha quedado inconciente por alguna herida? Convulsión? | _____ | _____ |
| c. ¿Algún problema con las coyunturas? Heridas? Fracturas? | _____ | _____ |
| d. ¿Diabetes? | _____ | _____ |
| e. ¿Problemas del corazón? Dolor de pecho? Palpitaciones? | _____ | _____ |
| f. ¿Alergias? Fiebres? | _____ | _____ |
| g. ¿Asma: tiene su hijo/a un inhalador? | _____ | _____ |

Si su hijo/a toma alguna medicina, explique la hora y la dosis que debe ser suministrada

- h. Cirugías? Hospitalizaciones? _____
- i. Viruelas/Sarampión? (Mes/Año) _____

1. Si usted dijo que Si a alguna de las anteriores, por favor, explique:

2. Toma su hijo/a algún tipo de medicina con regularidad? Si la respuesta es si, por favor, escriba el nombre de la medicina, la cantidad, la dosis, la hora y la razón por la que debe ser suministrada. Si aplica, explique los efectos secundarios que conlleva tomar la medicina.

3. En caso de emergencia, yo autorizo a la escuela a llamar al medico o dentista de mi hijo/a:

Medico _____ Número de Tel. _____

Dentista _____ Número de Tel. _____

Le doy mi permiso a la enfermera escolar para que comparta la información médica de mi hijo/a con el profesorado cuando sea necesario.

Le doy mi permiso al doctor escolar para que examine a mi hijo/a cuando sea necesario.

Firma del Padre/Encargado

Fecha