

Historia de Salud del Estudiante

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ M F

Ponga una contraseña a lo siguiente referente a las condiciones de salud que pertenecen al estudiante:

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamento _____ <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lista (drogas, comida, polen): _____ ¿En el pasado, ha requerido acción de emergencia su alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Provocado por _____ Diagnosed por el doctor _____ Fecha _____ Medicamento _____ <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela
Alergia a Piquete de Abeja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe la reacción _____ Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Necesita medicamento de emergencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Condición de Huesos o Coyunturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe _____ Alguna restricción física _____
Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe cualquier limitación física _____ Hijo/a requier: <input type="checkbox"/> una silla de ruedas <input type="checkbox"/> anadera <input type="checkbox"/> Ninguna de las dos
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnosed by doctor _____ Fecha _____ Usa insulina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ataques de Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe el ataque _____ Fecha del ultimo ataque _____ Medicamento _____ Está el estudiante actualmente bajo cuidado médico para ataques <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Condición del Corazon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe _____ Tiene alguna restricción física _____ Medicamento _____ <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela
Alta presión de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnosticado por el doctor _____ Fecha _____ Medicamento _____ <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en la escuela
Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hijo/a requier: <input type="checkbox"/> una silla de ruedas <input type="checkbox"/> Cambio de pañal <input type="checkbox"/> Caterización <input type="checkbox"/> Otra _____
Escoliosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnosticado por el doctor _____ Fecha _____ Haga un lista de cualquier limitación física _____
Conmoción Cerebral/ Concusión/Herida de la Cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnosticado por el doctor _____ Fecha _____ Haga un lista de cualquier limitación física _____

Ponga una contraseña a lo siguiente referente a asuntos de preocupaciones que pertenecen al estudiante:

Ojos: Lentes Lentes de contacto Lectura Dificultad para ver Bizcos Se le va el ojo Distancia

Oídos: Tubos Aparato para oír: Derecho Izquierdo Lo usa en la escuela Dificultad para oír

Por favor explique: _____

Otros problemas de salud: Le sale sangre de la nariz Para comer Para dormir De la vejiga Evacuación intestinal Orinarse en la cama
 Neurológico Dolores de cabeza Pulmonares Fobias Dental De la piel Menstruación Desorden de la sangre

Haga una lista de cualquier lesión o cirugía grave _____

Haga una lista de cualquier condición que impide la participación en educación física _____

Educación Especial: Habla/Lenguaje Recurso Día Especial Severamente Trastornado Emocionalmente

El estudiante requiere cuidado especial de salud, por favor explique. _____

Firma de padres _____ Fecha _____