

Distrito Escolar 4J Hoja de Historia Médica Evaluación de Salud del Estudiante Para Padres

<i>Para uso de la Oficina</i>	Número del Estudiante:
Nombre	
Fecha de Nacimiento	Grado
Escuela	

1. ¿Tiene su hijo (a) un impedimento físico?	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/> Sí: <i>escribir la condición:</i>		

2. ¿Ha tenido su hijo(a) una operación?	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/> Sí: <i>escribir la operación:</i>		

3. ¿Ha tenido su hijo(a) una herida severa?	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/> Sí: <i>explicar</i>		
<input type="checkbox"/> Sí: <i>fecha/s</i>		

4. ¿Usa su hijo(a) lentes?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
----------------------------	--------------------------	----	--------------------------	----

5. Nombre del Médico:	Tel:
Nombre del Dentista:	Tel:
Fecha del ultimo examen:	

6. ¿Esta su hijo(a) bajo el cuidado de su doctor por alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/> Sí: <i>enfermedad:</i>		

7. ¿Está él/ella tomando medicinas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Debe el/ella tomarla en la escuela?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<i>Nombre de medicina:</i>				
<i>Por qué condición:</i>				

8. ¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes?		
<input type="checkbox"/>	Asma*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Diabetes*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ataques*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Picadura severa de Avispa*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alergias de comida*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la escucha	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Infecciones del Oido	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problemas de Habla	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>
* Si su hijo(a) tiene alguno de los siguientes, pedis la oficina por una otra formulario y rellene esta formulario también.		
Explicar problemas de salud:		
Otros problemas de salud:		

9. ¿Puede su hijo(a) participar en las actividades en la escuela?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No (<i>explicar</i>)
---	--------------------------	----	--------------------------	------------------------

10. ¿Ha tenido su hijo(a) varicela?	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/> Sí: <i>¿Qué año?</i>		

11. País en que nació:

12. Última escuela:

Tengo entendido que esta formulario colocará en el amer de estudiante y examinaria para empleados de la escuela.	
Firma de Padre	Fecha