

## 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"/> | ADD/ADHD              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                           | Diabetes*                  | <input type="checkbox"/> | Pérdida de la escucha |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                           | Problemas del corazón*     | <input type="checkbox"/> | Desmayos              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                           | Ataques*                   | <input type="checkbox"/> | Infecciones del Oído  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                           | Picadura severa de Avispa* | <input type="checkbox"/> | Problemas de Habla    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                           | Alergias de comida*        | <input type="checkbox"/> | Alergias              |
| <b>* Si su hijo(a) tiene alguno de los siguientes, pedis la oficina por una otra formulario y rellene esta formulario también.</b> |                            |                          |                       |
| 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 |