

HISTORIA DE SALUD

Este formulario debe ser completado por el padre/guardián y presentada a la escuela. Toda la información se considera confidencial.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

FECHA: _____ **GRADO:** _____ **SEXO:** _____ **TELÉFONO:** _____

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes? Por favor, indique Sí/No y fechas.

	Sí	No	Fecha	Naturaleza de la preocupación/Comentarios
Alergia a las picaduras de insectos				
Alergias - alimentos/med/otros				
Asma				
Convulsions, Seizures				
Enfermedad del corazón				
Diabetes				
Anteojos				
Audífono				
Problemas del oído				
Amígdalas removidas/T & A				
Resfriados frecuentes				
Otras enfermedades (lista a la derecha)				
Accidentes graves/enfermedades				
Comportamiento/dificultades emocionales				
Limitaciones físicas				
Las preocupaciones del habla				
Operaciones (lista a la derecha)				
Los medicamentos actuales (lista a la derecha)				

Si su hijo/a necesitará una dosis de medicamento en la escuela, complete el formulario de [Autorización para Administrar Medicamentos](#) en la escuela y devuélvalo a la oficina de la escuela. No se administrará ningún medicamento, ya sea recetado o de venta libre, sin un formulario completado por un proveedor de atención médica y los padres.

Nombre del Médico _____ Fecha de la última visita _____

Nombre del Dentista _____ Fecha de la última visita _____

Nombre del Especialista/Otro Doctor _____ Fecha de la última visita _____

Firma del Padre/Guardián _____

¿PREGUNTAS? Comuníquese con la Enfermera de Distrito Laurel Yrun, R.N. at nurse@kentfieldschools.org