

# HISTORIA DE SALUD

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

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

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

	Sí	No	Fecha	La preocupación de la naturaleza
problemas del oído				
Amígdalas T & A				
resfriados frecuentes				
Alergia a las picaduras de insectos				
Asma				
Convulsiones, convulsiones ataque (de un enfermedad)				
Enfermedad del corazón				
Diabetes				
Accidentes graves / enfermedades				
Comportamiento / dificultades emocionales				
Limitaciones físicas				
Las preocupaciones del habla				
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Fecha</b>	
Tuberculosis				
TB en la familia de los contactos				
otras Enfermedades				
operaciones				
Los medicamentos actuales				

Si su niño/a, necesita dosis algún medicamento en la escuela, Por favor pónganse en contacto con la escuela y llene el formulario necesario para poder administrarle a su hijo/a el medicamento.

Ningún medicamento podrá ser administrado sin un formulario complete y firmado por un profesional de salud y por los padres del niño/a.

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita al medico \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Nombre del oculista \_\_\_\_\_ Date: Vidrios vistos \_\_\_\_\_? Gases?

Nombre del oído del doctor \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita al doctor del oído \_\_\_\_\_?

Audífono? \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Guardian: