

ESTE FORMULARIO SE DEBE VOLVER A LA ESCUELA

SERVICIOS DE SALUD ESCOLARES

Encuesta de Salud

Es necesario mantener al día los archivos de cada estudiante anualmente. Por favor, llene este formulario completamente y envíelo al maestro de su niño inmediatamente.

Nombre del estudiante
Maestro

Fecha de nacimiento

Grado

Doctor del Estudiante _____ Teléfono: _____

Dentista del Estudiante: _____ Teléfono: _____

¿Accidentes/heridas/operaciones serias? Por favor explique: _____
(Tipo y Año)

Ha tenido su niño alguna herida en la cabeza/contusión el verano pasado: Sí/ No

Alergias? Sí _____ No _____ Explique: _____
(Lista de alergias y el tratamiento para cada una de ellas)

Asma? Sí _____ No _____ Explique: _____
(Lista de medicamentos y "cosas que lo provocan")

Marque las condiciones físicas y explique el tratamiento/medicamentos:

_____ Audición: _____ ¿Tubos auditivos? Pasado: _____ Presente: _____

_____ Visión: _____ ¿Usa lentes/gafas? _____ ¿Lentes de contacto? _____

_____ Corazón y pulmones: _____

_____ Epilepsia/Ataques: _____

_____ Trastorno por Déficit d la Atención Medicina que toma _____

_____ Otro problema de salud _____ Medicina que toma _____

¿ Podemos compartir esta información con los maestros? ___si o ___no

¿Esta su niño limitado de realizar actividades físicas? ___ Explique: _____
(Se necesitará una nota del doctor si su niño no puede participar en educación física)

Por favor marque cualquier medicamento que NO debe ser administrado a su niño por la Enfermera de la Escuela.

Fecha en que llenó el formulario _____ Firma del Padre/Apoderado _____