

Nombre del Alumno: _____ **Escuela:** _____ **Grado:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino
Número de teléfono disponible durante horas escolares: _____
 ¿Seguro médico? Privado Medi-Cal CalOptima Medi-Cal de Emergencia Ninguno
Nombre del Doctor/Ciudad: _____
Médicos Especialistas: (Nombre/Especialidad) _____

Seguro Dental: Sí No Seguro de la Vista: Sí No

| ¿Su hijo ha tenido algún problema con? | Sí | No | Explique cualquier "Sí": (más espacio abajo si se necesita) |
|---|----|----|---|
| Alergias: ¿En peligro de muerte? ¿Necesita un "EpiPen" en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | <input type="checkbox"/> Comida (escriba) _____ <input type="checkbox"/> Picadas de insectos (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Medicina. (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Temporales <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otro (escriba): _____ Reacción (explique): _____ |
| Alergias: ¿No en peligro de muerte? | | | <input type="checkbox"/> Comida (escriba) _____ <input type="checkbox"/> Picadas de insectos (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Medicina. (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Temporales <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otro (escriba): _____ Reacción (explique): _____ |
| <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> ADHD Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: _____ | | | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| Asma <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: _____ | | | Último episodio: _____ Causas: _____ Inhalador en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Nebulizador en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| Autismo: Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: _____ | | | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad Sanguínea: (explique) | | | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Precauciones especiales necesarias en la escuela: |
| Problemas en los huesos/articulaciones ¿Bajo el cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | Explique: |
| Lesión Cerebral: <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Traumático | | | Fecha de la lesión: _____ Explique: |
| Cáncer: Tipo: | | | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Remisión <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Vía venosa central |
| Parálisis Cerebral | | | <input type="checkbox"/> Extremidades superiores <input type="checkbox"/> Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda |
| Fibrosis Quística | | | |
| Retraso en el Desarrollo | | | |
| Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II | | | <input type="checkbox"/> Inyecciones de insulina en la escuela* <input type="checkbox"/> Bomba de insulina* <input type="checkbox"/> Medicina oral |
| Síndrome de Down | | | |
| Infecciones de Oído Frecuentes | | | Tubos PE <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado |
| Trastorno Endocrino: (explique) | | | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| Desmayos/Pérdida de Conocimiento, frecuentes ¿Bajo el cuidado del médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | Último episodio: _____ Causas: |
| Trastorno Gastrointestinal | | | Explique: |
| Trastorno Genético | | | Explique: |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza <input type="checkbox"/> Conmociones Cerebrales | | | ¿Cuántos? Edad(es): ¿Cómo ocurrieron? |
| Pérdida Auditiva Fecha de la última prueba auditiva: | | | Si sí: <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo Aparatos auditivos: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo Implante: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo |

| | Sí | No | Explique cualquier "Sí": (más espacio abajo si se necesita) |
|--|-------------------------|----|--|
| Problemas del Corazón ¿Bajo el cuidado del médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | Explique: |
| Trastorno inmunológico | | | Explique: |
| Problemas con los Riñones/Vejiga | | | Explique: |
| Problemas con los Pulmones | | | Explique: |
| Condición de Salud Mental: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Bipolar Otro: (explique) | | | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: |
| <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | | | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| Trastorno Neurológico | | | Explique: |
| Condición Neuromuscular | | | Explique: |
| Sangrado Nasal Frecuente | | | |
| Convulsiones/Epilepsia: Escriba el tipo de convulsión: _____ Fecha de la última convulsión: _____ | | | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Diastat: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedades de la Piel (explique) | | | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de Visión | | | <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Lentes de contacto para la noche únicamente Parche: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo |
| Restricciones de Actividad: ¿Algunas de estas condiciones afecta la habilidad del alumno para participar en las actividades y programas escolares diarios o Educación Física? | | | Si sí, provea una nota del profesional médico indicando las restricciones o necesidades especiales y cuánto tiempo van a ser necesarios. |
| Procedimiento/Equipo Médico (escriba) | | | En: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* Si se necesita en la escuela, nos comunicaremos con usted para más información. |
| Medicina: Escriba <u>toda</u> la que toma a DIARIO: | | | |
| <u>Medicina/Propósito</u> | <u>Dosis/Frecuencia</u> | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* |
| _____ | _____ | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* |
| _____ | _____ | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* |
| _____ | _____ | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* |
| * Llame a la oficina de la escuela para CUALQUIER Medicina/Procedimiento Médico que deba tomar/hacer durante las horas escolares. | | | |
| ¿Existe cualquier otra condición médica grave no mencionado anteriormente? Explique: | | | |
| | | | |
| Cualquier respuesta "sí" anteriormente que requiere más explicación: | | | |
| | | | |
| Por favor provea cualquier información adicional que pueda afectar la educación o seguridad de este alumno: | | | |
| | | | |

No existen problemas médicos en la actualidad.

La información anterior puede ser compartida con el personal escolar adecuado para asegurar la salud y seguridad del alumno en la escuela. Es la responsabilidad de los padres/tutores legales de informarle a la escuela de cualquier cambio del estado de salud de este alumno.

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Relación: _____