**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? □Sí □No |  |  |  Comida (escriba)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Picadas de insectos (escriba):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicina. (escriba):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Temporales    Látex Otro (escriba): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Reacción (explique): |
| **Alergias**: ¿No en peligro de muerte?  |  |  |  Comida (escriba)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Picadas de insectos (escriba):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicina. (escriba):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Temporales    Látex Otro (escriba): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Reacción (explique): |
| □ **ADD** □**ADHD**Fecha del diagnóstico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por quien: |  |  | Medicina en: Casa: □Sí □No Escuela: □Sí\* □No |
| **Asma**  Leve   Grave Fecha del diagnóstico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Por quien: |  |  | último episodio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Causas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Inhalador en: Casa: □Sí □No Escuela: □Sí\* □NoNebulizador en: Casa: □Sí □No Escuela: □Sí\* □No |
| **Autismo:** Fecha del diagnóstico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por quien: |  |  | Medicina en: Casa: □Sí □No Escuela: □Sí\* □No |
| **Enfermedad Sanguínea:**(explique) |  |  | Medicina en: Casa: □Sí □No Escuela: □Sí\* □NoPrecauciones especiales necesarias en la escuela: |
| **Problemas en los huesos/articulaciones**¿Bajo el cuidado de un médico? □Sí □No  |  |  | Explique: |
| **Lesión Cerebral:** □**Adquirido** □**Traumático**  |  |  | Fecha de la lesión: Explique:  |
| **Cáncer**: Tipo:  |  |  | □ Actual □ Pasado □ Remisión □ Quimioterapia □ Radiación □ Vía venosa central  |
| **Parálisis Cerebral**  |  |  | □ Extremidades superiores □Extremidades inferiores □Derecha □Izquierda  |
| **Fibrosis Quística** |  |  |  |
| **Retraso en el Desarrollo** |  |  |  |
| **Diabetes**: □ Tipo I □ Tipo II |  |  | □ Inyecciones de insulina en la escuela\* □ Bomba de insulina\* □ Medicina oral  |
| **Síndrome de Down** |  |  |  |
| **Infecciones de Oído Frecuentes** |  |  | Tubos PE □ Actual □ Pasado |
| **Trastorno Endocrino:**(explique) |  |  | Medicina en: Casa: □ Sí □ No Escuela: □ Sí\* □ No |
| **Desmayos/Pérdida de Conocimiento, frecuentes**¿Bajo el cuidado del médico? □Sí □No  |  |  | Último episodio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Causas: |
| **Trastorno Gastrointestinal**  |  |  | Explique: |
| **Trastorno Genético** |  |  | Explique: |
| □**Lesiones en la Cabeza** □**Conmociones Cerebrales** |  |  | ¿Cuántos? Edad(es): ¿Cómo ocurrieron? |
| **Pérdida Auditiva**Fecha de la última prueba auditiva: |  |  | Si sí: □ Oído derecho □ Oído izquierdo Aparatos auditivos: □ Derecho □ Izquierdo Implante: □ Derecho□ Izquierdo |
|  | **Sí** | **No** | **Explique cualquier “Sí”:** (más espacio abajo si se necesita) |
| **Problemas del Corazón**¿Bajo el cuidado del médico? □Sí □No  |  |  | Explique: |
| **Trastorno inmunológico** |  |  | Explique: |
| **Problemas con los Riñones/Vejiga** |  |  | Explique: |
| **Problemas con los Pulmones** |  |  | Explique: |
| **Condición de Salud Mental:** □ **Ansiedad** □ **Depresión** □ **Bipolar** **Otro:** (explique) |  |  | Medicina en: Casa: □Sí □No Escuela: □Sí\* □NoFecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por quien: |
| □**Migrañas** □**Dolores de Cabeza**  |  |  | Medicina en: Casa: □Sí □No Escuela: □Sí\* □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: □Sí □NoEscuela: □Sí\* □NoDiastat:Casa: □Sí □NoEscuela: □Sí\* □No |
| **Enfermedades de la Piel** (explique) |  |  | Medicina en: Casa: □ Sí □ No Escuela: □ Sí\* □ No |
| **Problemas de Visión**  |  |  | □Anteojos□Lentes de contacto □Lentes de contacto para la noche únicamente Parche: □ Derecho □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: □ Casa □ Escuela\*Si se necesita en la escuela, nos comunicaremos con usted para más información.  |
| **Medicina**: **Escriba toda la que toma a DIARIO:** Medicina/Propósito Dosis/Frecuencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Casa □ Escuela\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Casa □ Escuela\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Casa □ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_