

2008-2009 Annual Health Status Update

Escuela: _____ Nombre del estudiante: _____

Maestro(a): _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estimado Padre:

Para poder planear las necesidades para el cuidado de salud de su niño durante el año escolar necesitamos información de salud actual y pertinente Si se identifica una preocupación de salud actual, se enviará un al hogar un plan de cuidado para mas información.

POR FAVOR LLENE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA

1. ¿Tiene su niño alguna alergia severa que requiera tratamiento medico de emergencia? Si No
 Tipo de alergia: Alimento _____ Insecto _____ Droga _____
 Otro: _____ ¿Si es así, le ha recetado una inyección de emergencia? Si No
2. ¿Su niño tiene asma diagnosticada por un doctor? Si No
 Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____
3. ¿Actualmente está su niño bajo el cuidado de un doctor? Si No

Por favor marque todas la que aplican.

- _____ Necesidades alimenticias especiales (favor explique): _____
- _____ Trastorno de déficit de atención
- _____ Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
- _____ Convulsiones, fecha aproximada de la última convulsión _____
- _____ Diabetes
- _____ Otro – Describa cualquier otra preocupación de salud o enfermedad que tenga su niño: _____

4.		
¿Le han hecho cirugía u operado a su niño alguna vez?	S N	Si contesta si, por favor explique:
¿Se ha lesionado o accidentado seriamente su niño?	S N	Si contesta si, por favor explique:
¿Necesita o toma medicinas recetadas su niño actualmente?	S N	Si contesta si, por favor explique:
¿Toma su niño vitaminas, preparaciones de hierbas o medicinas no recetadas?	S N	Si contesta si, por favor explique:
¿Tiene su niño algunas limitaciones física que le prevengan o limiten su participación en educación física?	S N	Si contesta si, por favor explique:
¿Ha sido revisado su niño por un dentista en los últimos 12 meses?	S N	Si contesta si, ¿quien?
¿Tiene alguna preocupación sobre como está comiendo su niño o el peso de su niño?	S N	Si contesta si, por favor explique:

5. Por favor circule su niño tiene o alguna vez ha tenido algunos de estos problemas:

Muchos dolores de cabeza	Problemas de visión Ojos bizcos	Lesión en la cabeza	Problemas de la audición	Muchas infecciones de oído	Gotea la nariz muy a menudo	Muchos dolores de garganta
Desmayos	Sangrado de las encías o nariz	Otros problemas de sangrado	Problemas del corazón o soplo en el corazón	Dolor o opresión de pecho	Tos en la noche o con ejercicio	Resuello o respiración ruidosa
Falta de aliento	Problemas dentales	Muchos dolores o problemas de estomago	Vómitos	Diarrea	Excremento duro o estreñimiento	Problemas de la vejiga, riñones u orina
Ansiedad	Periodos difíciles	Salud mental	Comportamiento difícil	Problemas aprendiendo	Acne	Abuso de sustancias
Adormecimiento o hormiguero	Dolor de espalda	Dolor de brazo o pierna	Dificultad para caminar o correr	Moretones muy a menudo	Anemia	Tuberculosis (TB)
Sarpullidos o problemas de la piel	Se siente con mucho calor o mucho frío	Problemas en el dormir o al acostarse a dormir	Explicación de lo circulado/use el dorso del formulario si fuera necesario:			

6. ¿Ha recibido su niño servicios especiales en la escuela? (el hablar, PT, Focus etc.) _____

7. ¿Su niño nació en este país? S N Si no, ¿Cuanto tiempo lleva su niño en EEUU? _____
 Si no, ¿En cual país nació su niño? _____ ¿Cual idioma prefiere hablar su familia? _____

8. La última cita que tuvo mi niño con el doctor fue _____ con _____

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Numero telefónico: _____ (Casa) _____ (Trabajo)