

Estimados Padres:

Nos gustaría que su hijo obtenga el máximo provecho de su experiencia escolar. Con el fin de lograr esto, es necesario tener un historial de salud actual. Por favor complete este formulario y devuélvelo a la escuela de su hijo cuando se registre.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Nombre de Madre \_\_\_\_\_

**Historia de Salud:** Por favor marque  lo siguiente si es aplicable a este niño:

ADHD		enfermedad del corazón	
Asma		problemas audición/ Visión	
Autismo		problemas de salud mental	
trastornos de hemorragia		migrañas	
convulsiones		problemas musculoesqueléticos	
problemas intestino / vejiga		Otros (rellenar):	
diabetes			
Alergias a los Alimentos			

\* Formularios adicionales o plan de atención médica pueden ser necesarios para algunas condiciones de salud.

Si usted ha marcado que su hijo tiene un problema de salud, por favor explique. También incluya cualquier historial médico que deberíamos tener en cuenta en el caso de una emergencia:

---



---



---

Su hijo tiene alergias?  Sí  No En caso afirmativo, ¿a qué? \_\_\_\_\_

Fecha de la última reacción \_\_\_\_ ¿Qué pasó? \_\_\_\_\_ Se prescribe un Epi-Pen para la alergia?  Sí  No

\* Plan Adicional Allergy Care puede ser requerida.

**MEDICAMENTOS**

Su hijo está actualmente tomando medicación (s) en su casa?  Sí  No

Nombre del medicamento (s) \_\_\_\_\_

¿Se prevé que su hijo tendrá que tomar medicamentos en la escuela?

Sí  No

Nombre del medicamento (s) \_\_\_\_\_

Se requerirá\* forma adicional de consentimiento de medicamento.

¿Hay algo más acerca de su hijo que cree que es importante para nosotros saber?  Sí  No Si es así, por favor, comente:

---



---

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Enfermera del Distrito Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**