

Cuestionario de Salud Para Estudiantes

(Necesita ser completado por los Padres o Guardián del estudiante)

¡Favor de escribir en letra impresa!

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Numero de Teléfono: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

El Estudiante Vive Con: _____

Favor de marcar las Enfermedades y/o Condiciones Medicas que su hijo(a) tiene o a tenido.

Enfermedad/Condición	SI (Escriba el mes y año)	NO	Enfermedad/Condición	SI (Escriba el mes y año)	NO
Asma			Paperas		
Diabetes			Sarampión		
Convulsiones			Fiebre Reumática		
Food Allergy			Fiebre Escarlatina		
Varicela (Viruela)			Orto:		

¿Acaso a tenido su hijo(a) alguna otra enfermedad contagiosa/transmissible que no este listada arriba? Favor de explicar y dar las fechas relevantes a estas enfermedades:

Favor de explicar y escribir las fechas (mes y año), si algo de lo siguiente aplica a su hijo(a).

Operaciones/Cirugías: _____

Enfermedades de (ojos, oídos, corazón, estomago, riñones etc.): _____

Lesiones graves/severas (concusiones, lesions de la cabeza, fracturas etc.): _____

¿Existe alguna otra información sobre la salud de su hijo(a) que la escuela debe de saber que puede ser relevante a la salud, bienestar y protección de su hijo(a) y/o de otros en el ambiente escolar? _____

Favor de escribir cualquier condición medica, física o mental que debe ser considerada en la planificación del día escolar de su hijo(a): _____

Alergieas/Reacciones: _____

Food Alergieas Care Plan Needed
 Epi Pen Needed
 iabetic Care Plan needed

Doctor de Cabecera/Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____

Dentista Familiar: _____ Teléfono: _____

La información que proporciono en este documento esta complete y es correcta según mis propios conocimientos y criterio. Reconozco que tengo la obligación continua de informar a la escuela de cualquier cambio en el estatus de la salud de mi hijo(a) que pueda ser relevante a la información que se me pide en este document.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____