

PREGUNTAS DE SALUD

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

Dirección Postal: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

 *Mi hijo tiene una condición medical que requiere atención en las escuelas (Atención Medical).***¿SU HIJO (A) TIENE ALGO DE LO SIGUIENTE?****CHOOSE ONE****Problemas para escuchar** NO SÍ**Problemas para hablar** NO SÍ**Problemas dental** NO SÍ

¿Su hijo ha sido visto por un dentista o higienista dental en los últimos 12 meses? NO SÍ

Problemas visuales NO SÍ

¿A su hijo se le han prescrito gafas o lentes de contacto? NO SÍ

Alergias Environmental (dust, etc.) Insect Allergy NO SÍ Food Allergy _____ Medicine Allergy _____

¿Tiene su niño/a alguna alergia grave por la que el médico ha prescrito NO SÍ

Epipen o Epipen Jr? ¿Si sí, cuál es la alergia? _____

Diabetes (Si sí, elige una) Tipo 1 Tipo 2 Otro NO SÍ**Problemas Digestivos** (Ulceras, colitis, vómitos, etc.) NO SÍ**Condiciones Cardiacas** NO SÍ

Si respondió que sí, ¿Cuál es el diagnóstico médico? _____

Asma/U otras Condiciones Respiratorias ¿Si sí, cuál es el diagnóstico médico? NO SÍ**Epiléptico (convulsiones, "ataques")** NO SÍ

¿Si sí, qué clase de ataques (convulsiones)? _____

Cáncer – ¿Ha sido su niño diagnosticado con cáncer? NO SÍ

¿Si sí, qué tipo de cáncer? _____ Is your child still being treated for cancer? SÍ NO

¿Le duele frecuentemente (y severamente) la cabeza? NO SÍ

¿Si sí, qué ayudara a su niño cuándo tiene un dolor de cabeza? _____

¿Ha tenido su niño/a uno o más lesiones en la cabeza o conmociones cerebrales? NO SÍ

¿Si sí, cuándo ocurrió? _____

Trastorno de sangre (Anemia, Hemophilia, Enfermedad de sangrar) NO SÍ**Parálisis Cerebral** NO SÍ**Problemas ortopédicos (hueso)** NO SÍ**Problemas de vejiga o intestinos** NO SÍ**Problemas de riñón** NO SÍ**¿Otra condición anormal de la piel?** (eczema o urticaria) NO SÍ

Si sabes la causa, explica y enlista _____

Dieta Especial NO SÍ

¿Si sí, qué tipo?: _____ Sólo los estudiantes con la documentación correspondiente en los archivos

médicos en la escuela puede tener sustituciones de alimentos en el desayuno escolar/programa de almuerzos.

Problemas de aprendizaje NO SÍ

Si sí, explique por favor: _____

Trastorno de Deficiencia de Atención/Hiperactividad NO SÍ**¿Otra cosa referente a la salud le concierne?** NO SÍ

Si sí, explique por favor: _____

****La forma sobre medicamentos se debe completar para cada medicamento que se administra durante la escuela.******Para proteger su niño/a esta información será compartida con el personal de la escuela que trabajan con su niño/a.**

Si usted desea hablar con la enfermera de salud sobre cualquier necesidad especial de salud, que su niño(a) posiblemente tenga, por favor de dejar un mensaje en la oficina de la escuela o llame al Departamento de Salud de Tillamook (TCCHC) al 503-842-3900.

FIRMA DE LOS PADRES/GUARDIA _____ **Fecha:** _____**SIN PREOCUPACIONES MÉDICAS**