

**ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE WAYNE
FORMULARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Estimados Padres:

El siguiente es un breve formulario de salud que debe devolverse al maestro de su hijo/a **lo antes posible**. La enfermera escolar revisara esta información y la utilizara para identificar las necesidades de salud de su hijo/a en la escuela y en la clase de educación física. Por favor use tinta negra.

Escuela:	Profesor/a/Grado: /	
Nombre del Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Teléfono del hogar:
Padre/Tutor:	Teléfono durante el día:	
Padre/Tutor:	Teléfono durante el día:	
Nombre del doctor/a:	Teléfono:	
Nombre del Dentista:	Teléfono:	
Indique la Cobertura que tiene su hijo/a: <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura Militar <input type="checkbox"/> Ninguno		
* Indique lo que su hijo/a necesitara en la escuela: <input type="checkbox"/> Dieta Especial <input type="checkbox"/> Limitaciones de Educación física <input type="checkbox"/> Medicamentos Indique los medicamentos actuales aquí:		
*Indique las reacciones alérgicas a medicamentos que tiene su hijo/a aquí:		

Indique abajo las Condiciones que su Hijo/a tiene: _____ MI HIJO/A NO TIENE NUNGUNA CONDICION DE SALUD

<input type="checkbox"/> ADD/AHD <input type="checkbox"/> Alergias, Severas (Indique Abajo) <input type="checkbox"/> Asma (Indique Abajo) <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Concusión Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones (Indique Abajo) <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón (Indique Abajo) <input type="checkbox"/> Hemofilia/Desorden Sangrante	<input type="checkbox"/> Leucemia/Cáncer <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Enfermedad Neuromuscular (Indique Abajo) <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica (Indique Abajo)	<input type="checkbox"/> Desorden Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide Juvenil <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme <input type="checkbox"/> Úlceras/Reflujo Gástrico <input type="checkbox"/> Otro/a: _____
<input type="checkbox"/> Lentes/Contactos	<input type="checkbox"/> Aparato para sordos/ Perdida de Audición		

PARA CONDICIONES INDICADAS ARRIBA, POR FAVOR PROPORCIONE INFORMACION ADICIONAL:

Alergias Severas (Plan)	A que es alérgico su hijo/a? _____ * Se necesitan medicamentos de emergencia en la escuela para su hijo/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Si indico que sí, Cual es el nombre del medicamento? _____ Indique la reacción alérgica que le ocurre a su hijo/a: <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar <input type="checkbox"/> Otro/a: _____
Asma (Plan)	* Marque solo si se necesitan medicamentos en la escuela para el asma y/o si el estudiante faltó a la escuela debido al asma _____ Fecha del último episodio: _____ Indique que le provoca un episodio de asma:
Convulsiones (Plan)	Indique el tipo: <input type="checkbox"/> Febril solamente <input type="checkbox"/> Convulsiva <input type="checkbox"/> No-Convulsiva Cuando ocurrió la última convulsión?
Problemas del Corazón	Indique el tipo: <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco Funcional <input type="checkbox"/> Condición de la Válvula Cardíaca <input type="checkbox"/> Otro/a: _____ * El ejercicio es limitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hueso/Ortopédico/Neuromuscular	Nombre del Problema: Preocupaciones Escolares:
Otros Problemas de Salud/Discapacidad	Nombre del Problema: Preocupaciones Escolares:

(*) Indica que se requiere una autorización medica. Consulte a la enfermera escolar para obtener información/formularios.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

