

DISTRITO ESCOLAR DE SEASIDE
QUESTIONARIO DE SALUD

Escuela _____
Grado _____
Maestro/a _____

NOMBRE DEL ESUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿TIENE SU HIJO ALGO DE LO SIGUIENTE?	CIRCULE UNO	
¿Hubo algún problema médico durante el embarazo, el parto o los primeros 6 meses de vida? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
¿Ha sido internado/a en el hospital o tenido cirugías? Si es así, descríballo aquí (incluir fechas):	NO	SÍ
Alergias		
Lista de alergias conocidas:		
¿Hay alguna alergia que requiera el uso de un Epipen o Epipen Jr? En caso afirmativo, ¿cuáles son esas alergias?	NO	SÍ
¿Hay alguna alergia a alimento, que sea mortal, o necesita que su dieta sea modificada? (Una nota del doctor se requiere para dietas especiales en la escuela)	NO	SÍ
Dieta Especial Liste cualquier preocupación dietéticas:	NO	SÍ
Visión – ¿Hay algún problema visual? ¿Usa su hijo/a lentes? <input type="checkbox"/> ¿Usa su hijo/a contactos? <input type="checkbox"/>	NO	SÍ
Audio – ¿Hay algún problema auditivo? Usa su hijo/a algún dispositivo auditivo:	NO	SÍ
Habla – ¿Hay algún problema del habla? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Piel – ¿Hay algún problema de la piel? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Oído/Nariz/Garganta/Dental – ¿Hay algún problema del oído, nariz, garganta o dental? Si es así, descríballo aquí (incluir fechas):	NO	SÍ
Respiración/Pulmones – ¿Hay algún problema de respiración o pulmonar? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
¿Asma? Si es así, se necesita la medicina diariamente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de medicación? <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Oral ¿Necesitas medicación en la escuela? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO	SÍ
Corazón – ¿Hay algún problema conocido del corazón? Si es así, mencione la condición y modificaciones necesarias:	NO	SÍ
Estómago/Abdominal/Intestinal – ¿Hay algún problema estomacal, abdominal o intestinal? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Riñón/Vejiga – ¿Hay algún problema del riñón o la vejiga del que usted tenga conocimiento? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Neurológico – ¿Hay problema neurológico del que usted tenga conocimiento? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
¿Ha habido algún problema de conmoción cerebral? Si es así incluya fechas.	NO	SÍ
Hormonas – ¿Ha habido alguna vez algún problema hormonal? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Diabetes – ¿Tiene su hijo/a diabetes? Si es así, ¿Su hijo/a requiere insulina durante la escuela? Desayuno? <input type="checkbox"/> Almuerzo? <input type="checkbox"/> Tarde? <input type="checkbox"/> ¿Su hijo/a va a requerir asistencia con el control de la diabetes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO	SÍ
Comportamiento/Psiquiátrico – ¿Hay algún comportamiento o problemas psiquiátrico conocido? Si es así, descríballo aquí:	NO	SÍ
Medicación – Escriba los medicamentos que su estudiante consume diariamente:		
¿Qué medicamentos recetados deberá tomar su hijo/a durante las horas de escuela?		

Por favor liste cualquier otra cosa que usted piensa que el/la especialista en salud de la escuela debe saber acerca de su estudiante:

Firma (Padre o Representante): _____ Fecha: _____

Si desea hablar con el especialista en salud de la escuela, por favor llame al (503) 738-5591

April 2019