

ESCUELAS PÚBLICAS DE NORWOOD

ANTECEDENTES SANITARIOS

Nombre del estudiante _____

Grado _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

¿Tiene su hijo algo de lo siguiente?:

- _____ Alergias
- _____ Asma, Sibilancia
- _____ Diabetes
- _____ Afección convulsiva
- _____ Última convulsión _____
- _____ Cardiopatía
- _____ Problemas de audición
- _____ Problemas de visión
- _____ Problemas dentales
- _____ Problemas de huesos/articulaciones
- _____ Afecciones estomacales o gastrointestinales
- _____ Trastornos hemorrágicos
- _____ Dolores de cabeza crónicos o migrañas
- _____ Nacimiento prematuro
- _____ Semanas de gestación _____
- _____ Otras enfermedades crónicas
- _____ Otro antecedente significativo como
revisión médica, comportamiento o
problemas de salud mental

¿Ha tenido alguna vez su hijo una reacción alérgica a una picadura de insecto, comida, medicamento?

Cual _____
Cuando _____
¿Qué pasó? _____

¿Toma su hijo algún medicamento diario?

Nombre del medicamento _____
Con que propósito _____

¿Toma su hijo algún medicamento según la necesidad?

Nombre del medicamento _____
Con qué propósito _____

¿Puede su hijo participar en todas las actividades escolares?

En caso negativo, por favor explique _____

Por favor de detalles de las afecciones anteriores:

¿Podemos compartir la información previa con el personal de la escuela?

_____ Si _____ No

¿Ha tenido su hijo algo de lo siguiente?:

- _____ Accidentes graves
- _____ Operaciones
- _____ Fracturas de huesos
- _____ Lesiones graves en la cabeza
- _____ Hospitalización

Por favor llame a la enfermera de la escuela por cualquier pregunta o para hablar sobre la información anterior.

Proveedor de Seguro de Salud _____

Nombre del Médico _____

Nombre del Dentista _____

Por favor de detalles de los procesos anteriores:

Firma del Padre o Tutor

¿Está su hijo entrenado para el uso del inodoro? ___ Si ___ No

Fecha

¿Usa su hijo alguno de los siguientes artículos?:

- Lentes de contacto, anteojos, audífonos, tubos para los oídos, muletas,
- Apoyos para el brazo, pierna o espalda, aparatos dentales, silla de ruedas

Por favor especifique _____

Otros _____