

## Información de Salud del Estudiante

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

Ultima escuela que asistio \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela Dirección de correo

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

Fecha del ultimo examen fisico \_\_\_\_\_ Fecha de ultimo examen dental \_\_\_\_\_

Esta su hijo/a bajo el cuidado de un ortodontista? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Esta su hijo/a bajo el cuidado de un especialista de oídos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Esta su hijo/a bajo el cuidado de un especialista de ojos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

Su hijo/hija tiene:

Alergias? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Artritis? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Asma? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Alergia a piquete de aveja? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Reacción local \_\_\_\_\_ Reacción general \_\_\_\_\_

Esecifique \_\_\_\_\_

Problemas intestinales? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Cancer de cualquier forma? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Diabetes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Bajo tratamiento? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Toma medicamentos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Requiere una dieta especial? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Infecciones de los oídos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tubos en los oídos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

Epilepsia o ataques? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Condición de corazon? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Problemas de riñones o vejiga? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Luecemia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Problemas ortopédicos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Tonsillitis? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Problemas de habla? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Su hijo/hija ha tenido:

Bronquitis? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Varicela? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Eczema? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Encefalitis? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Hepatitis? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Sarampion? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Meningitis? Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Paperas? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Conjuntivitis aguda? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Pulmonia? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Fiebre reumática? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Fiebre escarlatina? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Estreptocócica? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Tuberculosis o prueba de piel positiva? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Una enfermedad seria? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Cirugía? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Su hijo/hija tiene:

Dificultad para ver de cerca? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Dificultad para ver de lejos? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Usa lentes? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ ó usa lentes de contacto? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Problemas de oír? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ ó usa audífono? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Una condición que impide la participación en clases regulares de educación física? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

Toma medicamento a diario? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Toma medicamento de emergencia? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_