

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Número de teléfono disponible durante horas escolares: ( ) \_\_\_\_\_

¿Seguro médico?  Privado  Medi-Cal  CalOptima  Medi-Cal de Emergencia  Ninguno

Nombre del Doctor/Ciudad: \_\_\_\_\_

Médicos Especialistas: (Nombre/Especialidad) \_\_\_\_\_

Seguro Dental:  Sí  No Seguro de la Vista:  Sí  No

¿Su hijo ha tenido algún problema con?	Sí	No	Explique cualquier "Sí": (más espacio abajo si se necesita)
<b>Alergias:</b> ¿En peligro de muerte?  ¿Necesita un "EpiPen" en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Comida (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Picadas de insectos (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Medicina. (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Temporales <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otro (escriba): _____ Reacción (explique): _____
<b>Alergias:</b> ¿No en peligro de muerte?			<input type="checkbox"/> Comida (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Picadas de insectos (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Medicina. (escriba): _____ <input type="checkbox"/> Temporales <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otro (escriba): _____ Reacción (explique): _____
<input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> ADHD Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: _____			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
<b>Asma</b> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: _____			Último episodio: _____ Causas: _____ Inhalador en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Nebulizador en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
<b>Autismo:</b> Fecha del diagnóstico: _____ Por quien: _____			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
<b>Enfermedad Sanguínea:</b> (explique)			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Precauciones especiales necesarias en la escuela: _____
<b>Problemas en los huesos/articulaciones</b> ¿Bajo el cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Explique: _____
<b>Lesión Cerebral:</b> <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Traumático			Fecha de la lesión: _____ Explique: _____
<b>Cáncer:</b> Tipo: _____			<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Remisión <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Vía venosa central
<b>Parálisis Cerebral</b>			<input type="checkbox"/> Extremidades superiores <input type="checkbox"/> Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda
<b>Fibrosis Quística</b>			
<b>Retraso en el Desarrollo</b>			
<b>Diabetes:</b> <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II			<input type="checkbox"/> Inyecciones de insulina en la escuela* <input type="checkbox"/> Bomba de insulina* <input type="checkbox"/> Medicina oral
<b>Síndrome de Down</b>			
<b>Infecciones de Oído Frecuentes</b>			Tubos PE <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado
<b>Trastorno Endocrino:</b> (explique)			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
<b>Desmayos/Pérdida de Conocimiento, frecuentes</b> ¿Bajo el cuidado del médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Último episodio: _____ Causas: _____
<b>Trastorno Gastrointestinal</b>			Explique: _____
<b>Trastorno Genético</b>			Explique: _____
<input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza <input type="checkbox"/> Conmociones Cerebrales			¿Cuántos? _____ Edad(es): _____ ¿Cómo ocurrieron? _____
<b>Pérdida Auditiva</b> Fecha de la última prueba auditiva: _____			Si sí: <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo Aparatos auditivos: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo Implante: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo

	Sí	No	Explique cualquier "Sí": (más espacio abajo si se necesita)
<b>Problemas del Corazón</b> ¿Bajo el cuidado del médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Explique:
<b>Trastorno inmunológico</b>			Explique:
<b>Problemas con los Riñones/Vejiga</b>			Explique:
<b>Problemas con los Pulmones</b>			Explique:
<b>Condición de Salud Mental:</b> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Bipolar Otro: (explique)			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Fecha del diagnóstico: _____ Por quien:
<input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
<b>Trastorno Neurológico</b>			Explique:
<b>Condición Neuromuscular</b>			Explique:
<b>Sangrado Nasal Frecuente</b>			
<b>Convulsiones/Epilepsia:</b> Escriba el tipo de convulsión: _____ Fecha de la última convulsión: _____			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Diatat: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
<b>Enfermedades de la Piel</b> (explique)			Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
<b>Problemas de Visión</b>			<input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Lentes de contacto para la noche únicamente Parche: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
<b>Restricciones de Actividad:</b> ¿Algunas de estas condiciones afecta la habilidad del alumno para participar en las actividades y programas escolares diarios o Educación Física?			Si sí, provea una nota del profesional médico indicando las restricciones o necesidades especiales y cuánto tiempo van a ser necesarios.
<b>Procedimiento/Equipo Médico</b> (escriba)			En: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* Si se necesita en la escuela, nos comunicaremos con usted para más información.
<b>Medicina: Escriba <u>toda</u> la que toma a DIARIO:</b>			
<u>Medicina/Propósito</u>			<u>Dosis/Frecuencia</u>
_____			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela*
_____			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela*
_____			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela*
* Llame a la oficina de la escuela para CUALQUIER Medicina/Procedimiento Médico que deba tomar/hacer durante las horas escolares.			
¿Existe cualquier otra condición médica grave no mencionado anteriormente? Explique:			
Cualquier respuesta "sí" anteriormente que requiere más explicación:			
Por favor provea cualquier información adicional que pueda afectar la educación o seguridad de este alumno:			

**No existen problemas médicos en la actualidad.**

La información anterior puede ser compartida con el personal escolar adecuado para asegurar la salud y seguridad del alumno en la escuela. Es la responsabilidad de los padres/tutores legales de informarle a la escuela de cualquier cambio del estado de salud de este alumno.

**Firma de Padre/Madre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_