

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Marque Uno [ ] Masculino [ ] Femenina  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES DE SALUD:**

(señale las que sean aplicables)

<input type="checkbox"/>	Curva Abdominal de la Espina (escoliosis etc.)
<input type="checkbox"/>	ADHD/ADD
<input type="checkbox"/>	Alergias – Comida**
<input type="checkbox"/>	Alergias – Medicamento
<input type="checkbox"/>	Alergias – Otra:
<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	Asthma
<input type="checkbox"/>	Problemas de Conducta
<input type="checkbox"/>	Malformación de Nacimiento o Congénita
<input type="checkbox"/>	Cáncer – Tipo:
<input type="checkbox"/>	Varicela
<input type="checkbox"/>	Fibrosis Cística
<input type="checkbox"/>	Problema Dental
<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Diarrea/Estreñimiento (Crónico)
<input type="checkbox"/>	Problemas Alimentales
<input type="checkbox"/>	Eczema
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza (frecuentes)
<input type="checkbox"/>	Problemas Auditivos
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón
<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	Presión Alta
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los Riñones
<input type="checkbox"/>	Meningitis o Encefalitis
<input type="checkbox"/>	Ciclo Menstrual
<input type="checkbox"/>	Embarazo
<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Problemas frecuentes en la piel (sarpullido)
<input type="checkbox"/>	Encopresis (derrame fecal)
<input type="checkbox"/>	Abuso de Sustancias (alcohol/drogas)
<input type="checkbox"/>	Intento de Suicidio
<input type="checkbox"/>	Infección de la Garganta (frecuente)
<input type="checkbox"/>	Espasmos Nerviosos y Contracciones
<input type="checkbox"/>	Infección en las Vías Urinarias
<input type="checkbox"/>	Enuresis (incontinencia urinaria)
<input type="checkbox"/>	Cualquier Otro:

**Comentarios Sobre Info Mencionada:**

**VISION y AUDICION:**

Infección de oídos: [ ] SI [ ] NO [ ] IZQUIERDO [ ] DERECHO [ ] AMBOS Que tan seguido? \_\_\_\_\_

Problemas Auditivos? [ ] SI [ ] NO [ ] IZQUIERDO [ ] DERECHO [ ] AMBOS Que tan seguido? \_\_\_\_\_

Tubos Auditivos? [ ] SI [ ] NO Fecha de ultimo examen visual: \_\_\_\_\_

Usa Anteojos? [ ] SI [ ] NO Razón: \_\_\_\_\_

**HERIDAS y ENFERMEDADES** (señale cualquier herida o enfermedad severa)

**Heridas y Enfermedades:**

**Edad:**

**Hospitalización:**

Comentarios: \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL:**

Que medicamentos toma al diario o frecuentemente? \_\_\_\_\_

El alumno es normalmente: [ ] MUY ACTIVO [ ] NORMALMENTE ACTIVO [ ] INACTIVO/SERIO/CALLADO

Tiene alguna preocupacion sobre la relacion de su alumno con los demas? [ ] SI [ ] NO

Comentarios: \_\_\_\_\_

Comentarios sobre preocupaciones de la salud, desarrollo, la conducta, vida familiar, o del hogar que quisiera compartir con nosotros : \_\_\_\_\_

**SERVICIOS RECIBIDOS ACTUALMENTE o PASADOS:**

[ ] Previa Evaluacion Psicologica: \_\_\_\_\_ Año [ ] Apoyo Educativo Especial: \_\_\_\_\_ Año

[ ] Consejeris Sobre Salud Mental: \_\_\_\_\_ Año [ ] Terapia Sobre Language: \_\_\_\_\_ Año

Fecha de Ultimo Examen Fisico: \_\_\_\_\_

Fecha de Ultimo Examen Dental: \_\_\_\_\_

**Formulario Completado Por:** \_\_\_\_\_

**Relacion al Alumno:** \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo a la enfermera de la escuela y/o el especialista de servicios de salud a compartir la información de salud necesaria acerca de mi hijo con el personal escolar apropiado. Esta información será compartida de manera confidencial. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al someter un aviso escrito del retiro de mi consentimiento. Reconozco que una vez se reciban los record de salud por el distrito escolar, esta información no será protegida por la Regla de HIPAA, pero se convertiran en record educativos protegidos por el Acto de Derechos y Privacidad Educacional Familiar (FERPA).

**Firma del Padre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Yo no doy consentimiento para compartir la informacion

**Firma del Padre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_