

Nombre del Estudiante			Grado
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	

Esta página es por el uso de la enfermera de la escuela.

¿El/la estudiante necesitó cuidado médico/hospitalización en el nacimiento o en otro tiempo?
 Sí No Si contestó "Sí," explica: _____

¿El/la estudiante necesita que la enfermera escolar haga algún procedimiento médico diario? Explica:

Si el/la estudiante toma algunos medicamentos, ¿cuáles son? _____

¿Parece que el/la estudiante tiene problemas de la vista, del oído o del habla?
 Sí No Si contestó "Sí," explica: _____

El/la estudiante tiene historia de (chequea cualquier que aplica):

<input type="checkbox"/> TDAH/ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Defecto del corazón	<input type="checkbox"/> Anastomosis/hidrocefalia
<input type="checkbox"/> Amputación(es) Asma/ enfermedad reactiva respirat.	<input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel
<input type="checkbox"/> Requiere inhalador	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Dolores migrañas	<input type="checkbox"/> Problemas del estómago
<input type="checkbox"/> Alergias:	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Problemas con tragar
<input type="checkbox"/> Picaduras de abeja	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Espina bífida	<input type="checkbox"/> Traqueotomía
<input type="checkbox"/> Comidas _____	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problema ortopédico	<input type="checkbox"/> Síndrome Traum. Cerebral
<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Sensible a la luz	<input type="checkbox"/> Daño traumático espinal
<input type="checkbox"/> Requiere epi-pen	<input type="checkbox"/> Tubo de alimento G/J	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios
			<input type="checkbox"/> Otro _____

Si cualquier está chequeado, explica: _____

Es importante que los maestros y el director tienen la información médica especial de su niño para que puedan manejar cualquier emergencia apropiadamente. Resuma cualquier condición médica especial:

¿El/la estudiante se lleva bien con otra gente?
 Sí No Si contestó "No," explica: _____

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Forma completada por _____ Fecha _____

Parentesco al estudiante _____