



JUNTA DIRECTIVA ESCOLAR DEL CONDADO DE PASCO

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

MIS Form #442
Rev. 10/19

(A ser completado durante la inscripción inicial y debido a cambios relacionados a condiciones de salud.)

Estudiante _____ Escuela _____ Fecha _____
Apellido Nombre Inicial

Núm. estudiante _____ Grado _____ Fecha nacimiento _____ Sexo: Masculino ___ Femenino ___

¿Tiene su niño alguna de las siguientes enfermedades/problemas?

1. ¿Alergia a algún alimento, medicamento o insectos? ___Sí ___No Si contestó sí, cuál _____
Reacción: ___Leve ___Severa Necesita: ___Epipen ___Benadryl

2. ¿Asma o ronquido en el pecho? ___Sí ___No
Si contestó sí, ¿usa un nebulizador? ___Sí ___No. Si contestó sí, ¿con qué frecuencia? _____
Si contestó sí, ¿usa un inhalador? ___Sí ___No Si contestó sí, ¿con qué frecuencia? _____

3. ¿Diabetes o azúcar en la sangre alta/baja? ___Sí ___No Si contestó sí, medicamento/tratamiento _____

4. ¿Epilepsia o convulsiones/ataques? ___Sí ___No Si contestó sí, medicamento/tratamiento _____

Fecha del último episodio _____

5. ¿Hospitalización reciente? ___Sí ___No Si contestó sí, razón _____ Fecha _____
Si contestó sí, razón _____ Fecha _____

6. ¿Soplo cardiaco o cualquier otro problema del corazón? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____

7. ¿Quemadura grave o fractura de huesos? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____

8. ¿Infección o secreción de los oídos? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____

9. ¿Problemas auditivos? ___Sí ___No Usa aparatos para los oídos: ___Sí ___No
Debería estar usando aparatos para los oídos: ___Sí ___No

10. ¿Problemas con la visión? ___Sí ___No Usa espejuelos o lentes de contacto: ___Sí ___No
Debería estar usando espejuelos o lentes de contacto: ___Sí ___No

11. ¿Lesión en la cabeza o contusión grave? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____

12. ¿Problemas con la vejiga o los riñones? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____

JUNTA DIRECTIVA ESCOLAR DEL CONDADO DE PASCO
INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

MIS Form #442
Rev. 10/19 - Back

(A ser completado durante la inscripción inicial y debido a cambios relacionados a condiciones de salud.)

13. ¿Se orina frecuentemente en la cama? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____
14. ¿Problemas estomacales o intestinal? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____
15. ¿Problemas durmiendo? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____
16. ¿Hernia o ruptura de la ingle o el ombligo? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____
17. ¿Problemas con los dientes? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____
18. ¿Anemia o niveles bajos de hierro? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____
19. Trastorno de Déficit de Atención (ADD/ADHD) o hiperactividad? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____
- _____
20. ¿Problemas de salud mental? ___Sí ___No Si contestó sí, explique _____
21. ¿Dificultad para entender situaciones de peligro, deambula o huye de los adultos? ___Sí ___No
Si contestó sí, explique _____
- _____

Favor de anotar los medicamentos que toma regularmente y la dosis: _____

¿Existen procedimientos especiales de salud que se deban continuar en la escuela? _____

¿Está su hijo limitado a participar en educación física o actividades de receso debido a una condición de salud?

¿Es su niño elegible para Medicaid? Favor de proveer el número de Medicaid _____ y el nombre del Plan de Seguro de Medicaid _____.

Nombre del padre/madre/encargado (imprima)

Firma del padre/madre/encargado

Fecha

DISTRIBUCIÓN: Esta forma será colocada en el cartapacio acumulativo de su niño.