

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/<br>enfermedad reactiva<br>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 \_\_\_\_\_