



POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

800 S Garey Avenue, P.O. Box 2900, Pomona, California 91766 Phone: (909) 397-4648, ext. 28352

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Año Escolar _____ a _____

Nombre del Alumno _____

Plantel Escolar _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Cambio sobre las condiciones de salud. Favor de actualizar informes que la escuela debe saber.

1. ¿Toma su hijo(a) algún medicamento regularmente? Sí _____ No _____
Si su respuesta es "Sí", indique el nombre del medicamento/dosis/frecuencia: _____

2. ¿Es su hijo(a)
a. ¿Alérgico(a) a las picaduras de abejas? No lo sé _____ Sí _____ No _____
Si su respuesta es "Sí", indique tratamiento requerido: _____
b. ¿Alérgico(a) al césped/polen que requiera un tratamiento médico? Sí _____ No _____
Si su respuesta es "Sí", indique tratamiento requerido: _____
c. ¿Alérgico a la medicina? Sí _____ No _____
Si su respuesta es "Sí", indique el nombre de la medicina _____
d. ¿Alérgico a algunos alimentos? Sí _____ No _____
Si su respuesta es "Sí", indique cuál: _____
e. Indique cualquier otra alergia: _____

3. ¿Usa su hijo(a) lentes/contacto? Sí _____ No _____
Son lentes para ver a la distancia _____ leer _____ todo el tiempo _____

4. ¿Tiene su hijo(a) problemas de audición? Sí _____ No _____
oído derecho _____ oído izquierdo _____ ambos oídos _____

5. ¿Tiene su hijo(a) asma? Sí _____ No _____
Si su respuesta es "Sí" ¿Usa un inhalador? Sí _____ No _____
Indique el nombre del inhalador? _____
¿Con qué frecuencia utiliza el inhalador? Más de una vez a la semana _____ 2-3 veces al mes _____
1-6 veces al año? Otro _____

6. Nombre de cualquier otra condición de salud que la escuela debe saber: _____

7. ¿Es alguna información de salud diferente de los últimos 12 meses? Sí _____ No _____

8. ¿Cuál seguro de salud tiene su hijo(a)? Health Net _____ Medi-Cal _____ Blue Cross _____
Otro _____ Ninguno _____

Esta información se mantendrá en la enfermería escolar como parte del expediente de salud del alumno. Yo doy permiso para que la enfermera escolar comparta esta información con el personal de la escuela si es necesario.

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha