

## HISTORIA DE SALUD

Nombre del/a alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La seguridad y el bienestar de su niño/a es importante para nosotros. Muchos problemas físicos o emocionales podrían interferir con su habilidad para aprender. Podremos ayudarlo mejor en la tarea de aprender si estamos informados acerca de posibles problemas de salud de su hijo/a.

### PROBLEMAS DE SALUD (Favor de marcar todos que se apliquen)

- Trastorno de Deficiencia de Atención e Hiperactividad .....
- Asma .....
- Problemas de la vejiga .....
- Hemofilia .....
- Varicela .....
- Deficiencia de la visión cromática .....
- Diabetes .....
- Eccema/problemas de piel .....
- Epilepsia .....
- Herida al ojo .....
- Hemorragia nasal frecuente .....
- Infecciones de oído .....
- Problemas de corazón .....
- Herida al cráneo .....
- Fracturas .....
- Hospitalización .....
- Cirugías .....
- Hipoglicemia .....
- Pérdida del oído .....
- Pérdida de la visión .....
- Viruela (Alemana) .....
- Sarampión .....
- Paperas .....
- Limitaciones físicas .....
- Neumonía .....
- Escoliosis .....
- Ataques .....
- Impedimento del habla .....
- Amigdalitis (anginas) .....
- Usa lentes .....
- Usa lentes de contacto .....

Fecha \_\_\_\_\_

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

Derecha  Izquierda   
 Derecha  Izquierda

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

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

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Para leer solamente  Distancia solamente  Todo el tiempo

Otro u comentarios \_\_\_\_\_

El distrito escolar de Lemon Grove prohíbe la discriminación, incluyendo hostigamiento, intimidación y acoso escolar, basada en la raza, bien sea real o percibida, color, ascendencia, origen nacional, nacionalidad, etnia, identificación con un grupo étnico, edad, religión, estado civil paterno o guarda legal paterna, incapacidad física o mental, sexo, orientación sexual, género, identidad de género o expresión de género; o por asociación con una persona o con un grupo de personas con una o más de estas características, bien sean reales o percibidas, en cualquier escuela del distrito escolar o evento escolar.

**HISTORIA DE SALUD**

Limitaciones en actividades escolares: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS (marque todos que se apliquen)**

- Animales.....  Medicinas .....
- Insectos.....  Comidas.....
- Picaduras de Pollen/Sacates
- avejas.....  Otra .....

Explique: \_\_\_\_\_

Describe reacción y tratamiento: \_\_\_\_\_

No tiene alergias

**PRESCRIPCIONES Y MEDICINAS**

Nombre del medicamento	Dosis	Con que frecuencia toma	Por que toma
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_ Nombre del doctor \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_ Nombre del dentista \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de la vista \_\_\_\_\_ Nombre del doctor \_\_\_\_\_

Si desea platicar con la enfermera sobre problemas de salud de su hijo/a, por favor anote el número de teléfono donde se le puede llamar durante el día.

Nombre de usted \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*03/2019.LGSDHealthHistory*

El distrito escolar de Lemon Grove prohíbe la discriminación, incluyendo hostigamiento, intimidación y acoso escolar, basada en la raza, bien sea real o percibida, color, ascendencia, origen nacional, nacionalidad, etnia, identificación con un grupo étnico, edad, religión, estado civil paterno o guarda legal paterna, incapacidad física o mental, sexo, orientación sexual, género, identidad de género o expresión de género; o por asociación con una persona o con un grupo de personas con una o más de estas características, bien sean reales o percibidas, en cualquier escuela del distrito escolar o evento escolar.