

ESCUELAS PÚBLICAS DE WINDHAM

FORMULARIO DE SALUD DE LA OFICINA DE LA ENFERMERA

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Doctor _____ # Teléfono _____

Record de Vacunas – Requisito para comenzar la escuela; Favor de incluir una copia con esta forma.

Lista de **alergias y tratamientos** _____

Enumere todo **accidente** en el cual su hijo(a) haya estado envuelto (automóvil, caídas, fracturas, etc).

Favor de incluir la fecha o el año: _____

Lista de **cirugías** que ha tenido su niño(a), incluya fecha o año: _____

Lista de cualquier **hospitalización** de su hijo(a) con el diagnóstico y la fecha o año: _____

Lista de cualquier **enfermedad o problemas de salud** que se le hayan diagnosticado: _____

Cualquier preocupación que quiera compartir con la enfermera: _____

¿Ha tenido su hijo(a) un examen de la vista? Sí _____ No _____ Resultado _____

¿Ha tenido su hijo(a) un examen de audición? Sí _____ No _____ Resultado _____

¿Usa su hijo(a) espejuelos, audífono, abrazaderas ortopédicas, u otro dispositivo protésico?
Si _____ No ___ Explique _____

Lista de cualquier **medicamento** que su hijo(a) tome habitualmente _____

Lista de cualquier medicamento que su hijo(a) tome en **emergencias** (i.e. para picaduras de abejas) _____

¿Es este estudiante físicamente apto para participar en Educación Física y en juegos activos mientras este en la escuela? Si no, explique la razón _____

¿Ha sufrido su hijo(a) una contusión cerebral? Si contesta sí, favor de describir el incidente y dar la fecha o el año: _____

¿Sufre su hijo(a) de problemas urinarios o intestinales que la enfermera debe conocer? Favor explicar _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____