

**ESCUELAS PÚBLICAS DE OWASSO
HISTORIA DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

Nombre del estudiante _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Grado _____ **Número de identificación** _____

Tiene que estar llenado por un padre.

_____ **Mi hijo/a es saludable y no tiene ningún problema medico**

_____ **Mi hijo/a NO tiene ninguna alergia conocida.**

Favor de tachar (x) cualquier de estas condiciones que tiene su hijo/a:

PREOCUPACIONES DE SALUD:

_____ **Tiene un diagnostico de no prestar atención o de hiperactividad Desde:** _____

Medicamentos: _____

Va a necesitar medicamentos durante las horas de la escuela? **Si** **No** Cuando?: _____

_____ **Alergias (comida, animalitos, animales domésticos) Favor de darnos una lista:** _____

_____ ¿Qué pasa cuándo tiene contacto con estas cosas? _____

_____ ¿Necesita una inyección de epinefrina? ___ Si ___ No

_____ ¿Asma – usa un spray de asma? ___ Si ___ No ¿Cada cuándo? _____

_____ Lista de los medicamentos tomados para su asma: _____

_____ Nombre del doctor de asma: _____

_____ **Problemas del corazón:** _____

_____ **Diabetes-** edad cuando lo diagnosticaron _____ Nombre del doctor _____

_____ **Desorden de ataques cerebrales:** *fecha del última ataque* _____

_____ Medicamentos _____

_____ **Cirugías** _____

_____ **Conmociones Cerebra/fracturas: Fecha y clase** _____

_____ **Preocupaciones emocionales:** _____

_____ Medicamentos: _____

_____ **Cualquier otra preocupación de la salud que Ud. tiene o más información importante:** _____

_____ **Medicamentos tomando ahora:** _____