

**SAN GABRIEL UNIFIED SCHOOL DISTRICT
SAN GABRIEL, CALIFORNIA
INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA SALUD**

Hombre Mujer

Nombre del Estudiante	Grado	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Sexo
Domicilio		Ciudad	Código Postal	Número de Teléfono
Nombre del Padre	Nombre de la Madre	Nombre de Guardián		

HISTORIA CLÍNICA DEL PARTO

Peso _____ libras _____ onzas longitud del embarazo _____ procedimiento del parto _____

Duración del parto _____ ¿Hubo complicaciones durante el parto? _____ Si _____ No

Condición del niño al nacer: _____

¿Hubo problemas durante el 1er mes? (Favor de marcar) Ictericia___ Anemia___ Respiración___ Convulsiones___ Alimentación___

Otro _____

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

<u>Etapa del Desarrollo</u>	<u>Edad</u>	<u>Etapa del Desarrollo</u>	<u>Edad</u>
Se sentó sin ayuda	_____	Aprendió a usar el retrete	_____
Empezó a Arrastrarse (gatear)	_____	Empezó a Vestirse solo	_____
Empezó a Caminar	_____	Empezó a jugar con juguetes	_____
Primeras palabras	_____	Frases completas	_____
Empezó a entender lo que se le decía	_____	Empezó a comer por si solo	_____

Ha tenido problemas de aprendizaje: Si No (Si "si") _____

HISTORIA CLÍNICA

<u>Enfermedad/Condición</u>		<u>Enfermedad/Condición</u>	
Varicela	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sarampión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Paperas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Meningitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Rubeola (Sarampión Alemán)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tos Ferina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Infecciones del Oído (crónica)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Espasmo Súbito (tic)-Sacudida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Catarros o resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Hospitalización (Razón) _____ Cirugías (Enlistar) _____

HISTORIA CLÍNICA DE LA FAMILIA:

(Marque Si/No las enfermedades que cualquier miembro de la familia ha tenido, padres, abuelos, hermanos, tías, tíos, etc.)

Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo/Drogadicción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

SALUD DE LA FAMILIA EN GENERAL:

Madre Buena Regular Deficiente

Padre Buena Regular Deficiente

Hermanos Buena Regular Deficiente

Hermanas Buena Regular Deficiente

_____ *Discapacidades de Aprendizaje, si existen*

_____ *Discapacidades de Aprendizaje, si existen*

_____ *Discapacidades de Aprendizaje, si existen*

_____ *Discapacidades de Aprendizaje, si existen*

OTRA INFORMACIÓN DE SALUD QUE LA ESCUELA DEBA TENER: _____

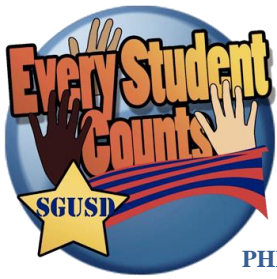
FIRMA DEL PADRE/MADRE _____

FECHA _____

**SAN GABRIEL UNIFIED SCHOOL DISTRICT
 SAN GABRIEL, CALIFORNIA
INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Nombre del Estudiante _____	Grado _____	Fecha de Nacimiento _____
Problema Reconocido de los Ojos _____ Lentes _____ Lentes de contacto _____ Asiento Preferencial _____		
Usa lentes/de contacto _____ todo el tiempo _____ para leer _____ para distancia _____		
Bajo el cuidado del Dr. _____		
Problema Reconocido del Oído _____ Dispositivo para Audición _____ Asiento Preferencial _____		
Bajo el cuidado del Dr. _____		
Problema de Dicción _____ Terapia de Dicción _____		
Problema Ortopédico _____		
Limitaciones _____		
Problema del Corazón _____		
Limitaciones _____		
¿Esta el niño tomando medicinas? _____ Si _____ No _____		
Hiperactivo _____ Medicina (nombre) _____ En casa _____ En la escuela _____		
Ataques Repentinos _____ Medicina (nombre) _____ En casa _____ En la escuela _____		
Asma _____ Medicina (nombre) _____ En casa _____ En la escuela _____		
Alergias _____ Alérgico/a a _____ Medicina (nombre) _____		
Alergia a picadura de abeja _____ Instrucciones en caso de picadura _____		
Hemofilia _____ Instrucciones en caso de sangrado o herida _____		
Diabetes _____ Señales/síntomas inminentes _____		
Sangrados frecuentes de la nariz _____ Alguna instrucción especial _____		
<u>ALGUNA OTRA ENFERMEDAD, ACCIDENTE, OPERACIÓN, O LIMITACIÓN SIGNIFICANTE Y MEDICAMENTOS</u>		

Firma del padre/madre _____ Fecha _____		



SAN GABRIEL UNIFIED SCHOOL DISTRICT

408 JUNIPERO SERRA DRIVE • SAN GABRIEL, CALIFORNIA 91776
(626) 451-5400 • FAX (626) 451-5494 • www.sgusd.k12.ca.us

GOVERNING BOARD

PHILIP HU, *President* • KEN K. TCHENG, *Vice President* • DR. GARY THOMAS SCOTT, *Clerk*
ANDREW L. AMMON, *Member* • JOHN ECCLESTON, *Member*

Dear Parent/Guardian:

The Child Health and Disability Prevention Program (CHDP) is a preventive health program serving California's children and youth. CHDP makes early health care available to eligible children, not only children with obvious health problems, but also for children that may have unsuspected health conditions. Immunizations are also provided from 0 -18 years of age. **Children are required to have a physical examination prior to entering first grade. We strongly recommend that children get this physical examination completed before enrolling in Kindergarten. This will fulfill the first grade requirement. If this is a first enrollment into school, we have enclosed the Report of Health Exam for School Entry - PM171A, to be completed by the medical provider. You may have this examination completed by your own medical provider or you may contact one of the Low Cost/Free Health Care providers listed on the back of this page.**

Estimado padre de familia/tutor:

El programa llamado "The Child Health and Disability Prevention Program (CHDP)" (Programa de Salud y prevención de Incapacidad Infantil), es un programa preventivo de salud, sirviendo a la niñez y a la juventud de California. CHDP, hace que el cuidado de las salud a edad temprana este disponible a los niños elegibles o solamente a los niños con obvios problemas de salud, sino también a los niños que parecen estar en buenas condiciones. Se proporcionan inmunizaciones desde recién nacido hasta los 18 años. A los niños se les requiere tener un examen físico antes de entrar a primer grado. Nosotros firmemente recomendamos que los niños obtengan este examen físico antes de ser matriculados en kindergarten. Esto llenara el requisito de primer grado. Si esta es la primera matriculación en la escuela, nosotros hemos adjuntado el reporte llamado "Report of Health Exam for School Entry - PM171A" (Reporte del Examen Físico para el Ingreso Escolar PM171A), para ser completado por el medico o agencia proveedora. Usted también puede hacer que esta exanimación sea completada por su medico de cabecera o puede contactar a alguno de los proveedores de bajo costo o gratuito enlistado al respaldo de esta pagina.

親愛的家長 / 監護人：

兒童保健及殘疾預防計劃（CHDP）是一項為加州兒童和青年服務的預防性健康計劃。CHDP為資格的兒童提供早期健康保健，不僅為孩子有明顯的健康問題，亦為兒童可能有未料到的健康狀況。免疫預防亦提供于 0 -18歲兒童。兒童入讀一年級之前，必須有一個身體檢查。我們強烈建議孩子在登記幼稚園之前完成這個體檢。這將滿足小學一年級的要求。如果這是第一次註冊入學，我們連同了一份入學健康檢查報告- PM171A，須由醫療服務機構完成。您可以選由您自己的醫療服務機構完成這份檢查報告，或可聯絡本頁背面所列的任何低費/免費的醫療保健機構。

ADMINISTRATION

DAVID YOSHIHARA, Ed.D., *Superintendent* • MARIA NONETTE MARTIN, *Assistant Superintendent, Business Services*
MAYRA PEREZ, Ed.D., *Assistant Superintendent, Educational Services* • ANNA MOLINAR, *Assistant Superintendent, Human Resources*

NO COST OR LOW COST HEALTH CARE SERVICES

CONTACT CLINIC/CENTER FOR HOURS AND NO COST OR LOW COST ELIGIBILITY

HEALTH CENTER	HEALTH CENTER
<p>El Monte Comprehensive Health Center 10953 Ramona Blvd El Monte, CA 1-800-383-4600</p>	<p>San Gabriel Valley Dental Society 312 E. Las Tunas Dr. San Gabriel, CA 91776 Service/Intake: 626.285.1174 FAX: 626.285.4873</p>
<p>Monrovia Health Center 330 West Maple Avenue Monrovia, CA 91016 626-256-1600</p>	<p>Facey Medical Foundation - San Gabriel 207 S. Santa Anita San Gabriel, CA 91776 (626) 576-0800</p>
<p>Tzu Chi Buddhist Free Clinic 1000 South Garfield Avenue Alhambra, CA 626-281-3383</p>	<p>Herald Christian Health Center 923 S. San Gabriel Blvd San Gabriel, CA 91776 (626) 286-8700</p>
<p>Cleaver Family Wellness Clinic 4368 Santa Anita Avenue El Monte, CA 626-579-0290</p>	<p>Dreamweaver Medical Group 330 West Las Tunas Drive San Gabriel, CA 91776 626-284-3300 Phone</p>
<p>Edward Roybal Comprehensive Health Center 245 South Fetterly Avenue Los Angeles, CA 90022 (323) 780-2373</p>	<p>Care1st 866-820-6009</p>
<p>Free and Low-Cost Health Services 1-800-427-8700</p>	<p>Healthy Families 1-888-747-1222</p>

“The District neither endorses nor sponsors the organization or activity represented in this document. Distribution of this material is provided as a community service.”