

Canutillo Independent School District

Historial Médico del Estudiante

Nombre del estudiante:	Identificación del estudiante:
Fecha de nacimiento:	Sexo:
Grado:	Campus escolar:

1. ¿Tiene el alumno algún problema de salud? (Si se selecciona "Sí", describa a continuación el problema)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", indique la edad de inicio y la descripción:	
2. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado el estudiante por una enfermedad, operación o evaluación psiquiátrica/mental grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", indique la edad y el motivo de la hospitalización u operación.	
Razón:	Edad:
Razón:	Edad:
¿Ha tenido el estudiante alguna lesión grave (como concusión, fractura, accidente automovilístico, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", indique la edad y la descripción de la lesión.	
Lesión:	Edad:
Lesión:	Edad:
4. ¿El estudiante toma algún medicamento regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicamento / Dosis / Hora	Razón

5. Si el estudiante tiene alguna alergia, seleccione "Sí" a todos los que correspondan y "No" a los que no correspondan.	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamento - Tipo de reacción y gravedad:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estacional - Tipo de reacción y gravedad:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comida - Tipo de reacción y gravedad:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro - Tipo de reacción y gravedad:
6. Si el estudiante ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas médicos, por favor seleccione "Sí" e indique la edad en la que fue diagnosticado por primera vez. Si no se aplica ninguno, seleccione "No". Por favor, escriba cualquier otro problema médico que no figure en "otro" nombrándolo y describiéndolo detalladamente.	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ADD/ADHD (el trastorno por déficit de atención e hiperactividad) Edad:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas De Salud Mental/Problemas Emocionales Edad:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma Edad:

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes	Edad:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas De Corazón	Edad:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones, Epilepsia	Edad:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores De Cabeza	Edad:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Gastrointestinales/ Urinarios	Edad:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro:	Edad:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro:	Edad:

7. Por favor, responda "Sí" o "No" a las siguientes preguntas:

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usa anteojos/lentes de contacto (Por favor, escriba el mes y el año del último examen ocular a continuación e indique si están perdidos o rotos actualmente. Mes/Año: Perdidos <input type="checkbox"/> Rotos <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usa audífono/entrenador auditivo (por favor escriba el mes y el año del último examen audiológico e indique si están perdidos o rotos actualmente. Mes/ Año: Perdidos <input type="checkbox"/> Rotos <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Necesita procedimientos especiales realizados por la enfermera de la escuela. (Por favor, indique todo lo que aplique. Escriba cualquier procedimiento que la enfermera deba preformar si no aparece en la lista). Ayudar Ir Al Baño <input type="checkbox"/> Cambio De Pañales <input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Utiliza un dispositivo de comunicación.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Utiliza bastón, andador o silla de ruedas.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El estudiante tiene un plan 504 o un Plan de Educación Especial (Plan de Educación Individualizado, IEP).
<input type="checkbox"/>	Al marcar esta casilla, yo entiendo que es mi responsabilidad informar a la enfermera de cualquier condición médica actual o en el futuro.
<input type="checkbox"/>	Certifico que esta información es verdadera y correcta. Entiendo que la presentación de antecedentes falsos o la falsificación de registros es una ofensa bajo sección 37.10, Código Penal y la inscripción de un niño bajo documentos falsos somete a la persona responsabilidad de matrícula u otros gastos. 25.002(d) de la sección del código de Educación de Texas.
Firma:	
Fecha:	