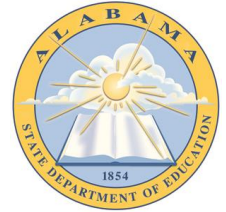




**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
DEL ESTADO DE ALABAMA**



**REGISTRO DE EVALUACIÓN DE SALUD**

**Año Escolar: 2017-2018**

Para los Padres o Tutores:

El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera de la escuela información adicional respecto a las necesidades de salud de su hijo/a. Es posible que la enfermera se comunique con Ud. para obtener más información. La información solicitada es esencial para que la enfermera pueda satisfacer las necesidades de salud de su hijo/a.

**Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.**  
**POR FAVOR complete ambos lados de este formulario**  
**(Devolver a la Enfermera de la Escuela)**

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escuela
--	---------------------	------	---------

Dirección (Calle) \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Casa:	Número de Teléfono Celular	Número de Teléfono Adicional:	Grado	Profesor/Aula principal
-----------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------	-------------------------

Nombre de Padres/Tutor (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Número de Teléfono del Trabajo:
---	---------------------------------

Transporte

Autobús, Número: \_\_\_\_\_  Carro  Autobús para Discapacitados  Clases Extendidas

**Parte I – Información de Salud**

<p><b>Lugar donde su hijo/a recibe atención médica:</b></p> <p>Nombre del Médico: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Salud Comunitario</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Clínica Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún lugar regular</p> <p><input type="checkbox"/> Médico privado/HMO</p>	<p><b>Información de seguro médico de su hijo/a:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ALL KIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Privado</p>	<p><b>Lugar donde su hijo/a recibe cuidado dental:</b></p> <p>Nombre del Dentista: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Salud Comunitario</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Clínica Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún lugar regular</p> <p><input type="checkbox"/> Médico privado/HMO</p>
---	--	--

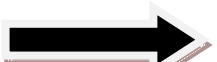
**Hospital preferido:** \_\_\_\_\_

**Parte II – Historial Médico Equipamiento Médico/Procedimientos Requeridos en la Escuela**

<input type="checkbox"/> Catéter	<input type="checkbox"/> Sonda Gástrica	<input type="checkbox"/> Tratamiento Nebulizador	<input type="checkbox"/> Suplemento de Oxígeno	<input type="checkbox"/> Traqueotomía
<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervio Vago (VNS)	<input type="checkbox"/> Respirador/Ventilador	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/> Andador	
<input type="checkbox"/> Otro <i>Por favor, explique:</i> _____				

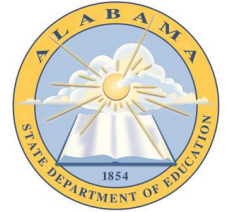
**Las Medicamentos y Procedimientos en la Escuela requieren un Recetador/Formulario de Autorización Parental (uno por cada medicamento o procedimiento). Por favor pregunte a la Enfermera de su Escuela.**

**Por favor complete el reverso de este Formulario (Requiere Firma)**





**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
DEL ESTADO DE ALABAMA**



**REGISTRO DE EVALUACIÓN DE SALUD**

Año Escolar: 2017-2018

**Parte III – Historial Médico**

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS</b> Si selecciona <b>NO</b> , vaya directamente al final de la página y proporcione la firma de los padres/tutor Si selecciona <b>SI</b> , y está diagnosticado por un médico, responda a cada pregunta abajo.
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Síndrome de Déficit de Atención (ADD)</b>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)</b> Requiere medicamento <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> En casa
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Alergias:</b> <input type="checkbox"/> Comida _____ <input type="checkbox"/> Insectos _____ <input type="checkbox"/> Ambiental _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos _____ <input type="checkbox"/> Urticaria/Erupciones <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Asma</b> <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador en la escuela <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador en casa
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas de Sangre:</b> <input type="checkbox"/> Hemofilia, <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Requiere medicamento <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Hemorragias nasales frecuentes:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Cáncer/Leucemia:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Parálisis Cerebral:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Fibrosis Quística:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas Dentales:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 <input type="checkbox"/> Mide Niveles de Azúcar en la escuela <input type="checkbox"/> Requiere insulina en la escuela <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 <input type="checkbox"/> Controlada con una dieta <input type="checkbox"/> Bomba de insulina <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva <input type="checkbox"/> Medicamento oral
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Emocional/De Comportamiento/Sicológico:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Gastrointestinal/Problemas de Estómago:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Trastornos Genéticos/Atípicos:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Dolores de Cabeza:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas Auditivos:</b> <input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos Oídos <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva <input type="checkbox"/> Aparato Auditivo (Audífono) <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> Implante Coclear
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas Cardíacos:</b> <input type="checkbox"/> Restricciones para Actividades: <input type="checkbox"/> Medicamentos tomados en casa: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Hipertensión (Presión Arterial Alta):</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Artritis Juvenil/Problemas de Articulaciones y Huesos:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas de Riñón/Vejiga/Urinarrios:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Escoliosis:</b> <input type="checkbox"/> Ningún Tratamiento <input type="checkbox"/> Utiliza Soporte <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Historial Familiar
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Ataques/Convulsiones:</b> Tipo de Ataque: _____ Medicamentos: <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Klonopin <input type="checkbox"/> Versed <input type="checkbox"/> Medicamento tomado en Casa <input type="checkbox"/> Otro _____ <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Anemia de Células Falciformes:</b> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rasgo drepanocítico
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Tubo (Shunt):</b> <input type="checkbox"/> Ventriculoperitoneal (VP shunt) <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Espina Bífida:</b>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Dieta Especial:</b> <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas de Visión:</b> <input type="checkbox"/> Utiliza gafas/lentes <input type="checkbox"/> Utiliza Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Otros Problemas Médicos:</b> <i>Por favor, incluya <u>cualquier</u> medicamento que se toma solamente en casa.</i>

**Firmas Requeridas**

Firma de los padres o tutor: _____	Fecha: _____
Firma de la enfermera de la escuela: _____	Fecha: _____