

**DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR de DIXON
INFORMACIÓN DE SALUD**

GRADO: _____

MAESTRO(A): _____

CUMPLEAÑO: ____/____/____
(Mes) (Día) (Año)

NOMBRE DE SU NIÑO(A): _____
(Apellido) (Primero) (Segundo)

ID# _____

Nombre del Padre: _____ Madrastra o Padrasto: _____

Nombre de la Madre: _____ Doctor Local: _____

HISTORIA MEDICA:) Su niño(a) ha tenido alguna vez o tiene ahora algo de lo siguiente?

Si/Fecha	No		Si/Fecha	No		Nombre de Aseguranza:
		Concusión			Infección de los huesos	Fecha del último examen físico
		Tendencia a desmayarse			Diabetis	
		Convulsiones or epilepsia			Anemia	Fecha del último examen dental
		Daltonismo			Tendencia a sangrar	
		Lentes			Fiebre de heno	<u>Operaciones o accidentes (Indique fechas)</u>
		Lentes de contacto			Urticaria o erupción	
		Perdida del oido			Alergia a las abejas	
		Frecuentes problemas del oir			Alergia a medicamentos. Si así es, nómbrelo:	
		Operación de anginas y/o adenoides				
		Tubos en los oidos				
		Cuello dañado			Contacto de TB	
		Asma			Viruelas locas	
		Problemas del corazón			Tos Ferina	
		Fiebre reumática			Encefalitis	<u>Medicamentos:</u> De acuerdo al codigo de educación se requiere que los padres informen a la escuela si su niño(a) está tomando algun medicamento regularmente.
		Alta Presión			Fiebre escarlatina	
		Hernia			Mononucleosis	Nombre del medicamento:
		Perdida de un riñon			Problemas de la piel	
		Problemas de articulación			Otro:	Doctor que lo receto:
		Enfermedad de la espalda o deformidad				
		Frecuentes dolores de la espalda				

Explicación de las contestaciones a que contestaron sí : _____

Fecha _____ Firma del padre o tutor: _____