

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

ID# \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante(a) \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Apellido) (Primero) (Segundo)

(Mes) (Día) (Año)

<b>Seguro de Salud</b>	: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Tipo:</b>	<input type="checkbox"/> Medí-Cal <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> POS
Compañía de seguros: _____		Numero de Póliza #: _____	
Doctor: _____		Teléfono de Doctor: _____	

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Dental \_\_\_\_\_

**Información de salud que puede afectar la seguridad de su hijo(a), o la educación será dada al personal responsable de su cuidado.**

No	Si	¿Su niño(a) tiene <b>ahora</b> algo de lo siguiente?
		<b>Alergias:</b> <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Insecto <input type="checkbox"/> Medicamento _____ <input type="checkbox"/> Comida _____ Epi-Pen receta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<b>Asma</b> Inhalador receta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<b>Enfermedad de la espalda:</b> Describe
		<b>Diabetes:</b> <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2
		<b>Perdida del oído</b> Ayudas auditivas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<b>Problemas del Corazon:</b> Describe
		<b>Problemas de articulación:</b> Describe
		<b>Migraña</b>
		<b>Convulsiones o epilepsia:</b> Describe
		<b>Problemas de la piel:</b> Describe
		<b>Problemas de visión</b> <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Daltonismo
		Otro:
		<u>Operaciones o accidentes (Indique fechas)</u>
		<b><u>Medicamentos:</u></b> De acuerdo al código de educación se requiere que los padres informen a la escuela si su niño (a) está tomando algún medicamento regularmente.  Nombre del medicamento: _____  Doctor que lo receto: _____

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_