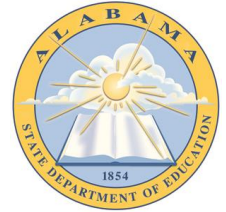




**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
DEL ESTADO DE ALABAMA**



REGISTRO DE EVALUACIÓN DE SALUD

Año Escolar: 2015-2016

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

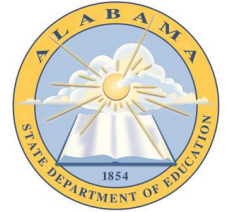
Las Medicamentos y Procedimientos en la Escuela requieren un Recetador/Formulario de Autorización Parental (uno por cada medicamento o procedimiento). Por favor pregunte a la Enfermera de su Escuela.

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





**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
DEL ESTADO DE ALABAMA**



REGISTRO DE EVALUACIÓN DE SALUD

Año Escolar: 2015-2016

Parte III – Historial Médico

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS Si selecciona NO , vaya directamente al final de la página y proporcione la firma de los padres/tutor Si selecciona SI , y está diagnosticado por un médico, responda a cada pregunta abajo.
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Síndrome de Déficit de Atención (ADD)
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) Requiere medicamento <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> En casa
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Alergias: <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	Asma <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador en la escuela <input type="checkbox"/> Utiliza inhalador en casa
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas de Sangre: <input type="checkbox"/> Hemofilia, <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Requiere medicamento Por favor, explique:
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hemorragias nasales frecuentes: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cáncer/Leucemia: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Parálisis Cerebral: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Fibrosis Quística: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas Dentales: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Diabetes <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	Emocional/De Comportamiento/Sicológico: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Gastrointestinal/Problemas de Estómago: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Trastornos Genéticos/Atípicos: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dolores de Cabeza: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas Auditivos: <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	Problemas Cardíacos: <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	Hipertensión (Presión Arterial Alta): <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Artritis Juvenil/Problemas de Articulaciones y Huesos: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas de Riñón/Vejiga/Urinarrios: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Escoliosis: <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	Ataques/Convulsiones: 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	Anemia de Células Falciformes: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rasgo drepanocítico
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Tubo (Shunt): <input type="checkbox"/> Ventriculoperitoneal (VP shunt) <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Espina Bífida:
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dieta Especial: <i>Por favor, explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas de Visión: <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	Otros Problemas Médicos: <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: _____