

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE VISTA
ACTUALIZACION DEL ESTADO DE SALUD DEL ALUMNO

Alumno: _____ Fecha _____
Fecha de nacimiento: _____

1. Cuál es la condición que causa el impedimento físico o mental del alumno, o su diagnóstico medico?
2. Ha tenido alguna operación, hospitalización, o enfermedad grave su hijo durante el ultimo año?
3. Tiene alguna alergia su hijo(a)? (Comida, medicamentos, picaduras (aguijonada) de avispa, o algo en el medio ambiente?

4. HISTORIA MÉDICA

Marque una X en la línea apropiada o describa el problema de salud existente.

| | |
|---|-----------------------------------|
| Anemia _____ | Movilidad Atrofiada _____ |
| Medicamento _____ | Frenos _____ |
| Problemas de Conducta _____ | Caminador _____ |
| Medicamento _____ | Silla de Ruedas _____ |
| Problemas con hemorragias _____ | Otros _____ |
| Descirba _____ | Calambres menstruales _____ |
| _____ | Leves ___ Mod. ___ Severos ___ |
| _____ | Medicamento _____ |
| Evacuación _____ | Respiratorio _____ |
| Puede ir al baño solo _____ | Oxigeno _____ Litros/Min. _____ |
| Necesita ayuda _____ | Asma _____ |
| Usa pañales _____ | Medicamento _____ |
| Problemas dentales _____ | Otros _____ |
| Dientes falsos _____ | _____ |
| Último examen _____ | Ataques _____ Tipo _____ |
| Diabetes _____ | Duración _____ |
| Dieta _____ | Fecha del ultimo ataque _____ |
| Insulina _____ Cantidad _____ | Medicamento _____ |
| Otras Medicinas _____ | Describa la acción tomada durante |
| _____ | Un ataque _____ |
| Examen de sangre _____ | Se auto abusa _____ |
| Examen de orina _____ | Precauciones _____ |
| Infección de oídos _____ | _____ |
| Frecuencia _____ | Shunt _____ |
| Última infección _____ | Fecha del ultimo examen _____ |
| Tubos PE RT _____ LT _____ | Piel _____ |
| Impedimento auditivo _____ | Sensitividad al sol _____ |
| Prótesis auditiva _____ RT _____ LT _____ | Precauciones _____ |
| Ambos _____ | Orina _____ |
| Último audiograma _____ | Va al baño solo _____ |
| Corazón _____ | Necesita ayuda _____ |
| Describa la condición _____ | |

Por favor enumere cualquier medicamento(s) que su hijo(a) recibe en casa.

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DO SIS | HORAS EN QUE SE ADMINISTRA | RAZÓN |
|------------------------|--------|----------------------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. Por favor enumere cualquier medicamento(s) que le gustaría que la escuela le administrará a su hijo(a).

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DO SIS | HORAS EN QUE SE ADMINISTRA | RAZÓN |
|------------------------|--------|----------------------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. Nombre del doctor _____

Fecha de su ultimo examen _____

8. Recibe su hijo(a) servicios o beneficios de alguna agencia comunitaria?
(CCS, Regional Center, Terapias). Por favor enumere: _____

9. A mi me gustaría tener una conferencia con la enfermera escolar acerca de la salud de mi hijo(a) o acerca de servicios de salud. SI ___ NO ___

10. Marcas: Por favor describa, eualqualquiera que aplique:
Marcas _____ Manchas _____
Describalas: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha