

Por favor complete y regrese a la enferma escolar o secretaria de salud

RECORD DESALUD

Nombre del nino/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del padre/madre _____

SINTOMAS SIGNIFICANTES DEL NINO/A QUE PUEDA A TENER

| SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |
| ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |
| ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |
| ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |
| ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |
| ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |

Otra enfermedad (explique) _____ Otra Enfermedad (explique) _____

HISTORIA DEL PRESENTE Y PASADO (Explique si es necesario)

Alegias (apuntelas) _____ Ulceras _____

Apendectomia: Si ___ No ___ If si cuando?? _____

Orina frecuente or problemas de eliminacion? Si ___ No _____. If si, cual?: _____

Ortopedico (huesos, coyunturas, musculos) _____

Ha tenido su hijo la viruela loca? Si ___ No ___ If si, cuando? _____

Ha tenido su hijo la vacuna de la viruela loca? Si ___ No ___ If si, cuando? _____

Enfermedades comunicativas? _____

Cirujias (que pueden ser signifacantes) _____

Infecciones respiratorias (gripa, etc) Si ___ No ___ If Si, cuando? _____

Condiciones de loa ojos, garganta, oidos, nariz? _____

Sacarle las amjinas and adenoidos? Si ___ No ___ If si, cuando? _____

Ha tenido su hijo receive un golpe en la cabeza? _____

Condicion del Corazon (mumullo, fiebre reumatica, cirugia, u otro)? _____

Toma alguna medicina regularmente su hijo/a? Si ___ No ___ If si, cuando? _____

Algunas restriction de actividades? Si ___ No ___ If si, cuando? _____

Por favor llene esta forma de record escolar. Yo compartire esta informacion con el personal apropiado. Esta informacion les ayudara a trabajar con su nino(a) para minimizar restricciones innecesarias, sentimientos de ser tratado en forma diferente a los demas ninos, y possible ausentismo de la escuela.

Firma de Padres/Guardian

Fecha

