

# Cuestionario de Salud para Estudiantes

(Necesita ser completado por los Padres o Guardián del estudiante)

¡Favor de escribir en letra impresa!

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado Entrante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

El Estudiante Vive Con: \_\_\_\_\_

Favor de marcar las Enfermedades y/o Condiciones Medicas que su hijo(a) tiene o a tenido.

Enfermedad / Condición	SI (Escriba el mes y año)	NO	Enfermedad / Condición	SI (Escriba el mes y año)	NO
Asma			Paperas		
Diabetes			Fiebre Reumática		
Convulsiones			Rubéola		
Varicela(Virueta)			Fiebre Escarlatina		
Sarampión			Otro: _____		

¿Acaso a tenido su hijo(a) alguna otra enfermedad contagiosa/transmisible que no este listada arriba? Favor de explicar y dar las fechas relevantes a estas enfermedades: \_\_\_\_\_

## **Favor de explicar y escribir las fechas (mes y año), si algo de lo siguiente aplica a su hijo(a).**

Operaciones/Cirugías: \_\_\_\_\_

Enfermedades de (ojos, oídos, corazón, estomago, riñones etc.): \_\_\_\_\_

Lesiones graves/severas (concusiones, lesiones de la cabeza, fracturas, etc.): \_\_\_\_\_

¿Existe alguna otra información sobre la salud de su hijo(a) que la escuela debe de saber que puede ser relevante a la salud, bienestar y protección de su hijo y/o de otros en el ambiente escolar? \_\_\_\_\_

Favor de escribir cualquier condición medica, física o mental que debe ser considerada en la planificación del día escolar de su hijo(a): \_\_\_\_\_

Alergias/Reacciones: \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera/Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La información que proporciono en este documento esta completa y es correcta según mis propios conocimientos y criterio. Reconozco que tengo la obligación continua de informar a la escuela de cualquier cambio en el estatus de la salud de mi hijo(a) que pueda ser relevante a la información que se me pide en este documento.

**Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_