

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO DEL ALUMNO

Esta información se compartirá en la medida en que sea necesario con el plantel, el plantel administrativo y médico en el caso de una emergencia a menos que usted nos notifique de lo contrario.

Fecha _____ Firma del padre/tutor _____

Alumno _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado _____ Profesor _____

VERIFIQUE SI EL NIÑO HA TENIDO DIFICULTADES CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CUESTIONES. PROPORCIONE FECHAS E INFORMACIÓN ADICIONAL EN "COMENTARIOS".

- | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> TDA/TDA/H | <input type="checkbox"/> Huesos/Columna | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Habla |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Visión |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | |
| <input type="checkbox"/> Perforaciones en el cuerpo/Tatuajes | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> OTROS _____ | | | |

Comentarios: _____

2. ¿Su hijo tiene alergia a algún medicamento, alimento, al látex o a picaduras de insectos?
NO SÍ Indique a qué le tiene alergia _____ ¿Qué le sucede? _____
Tratamiento _____
3. ¿Su hijo tuvo alguna enfermedad desde que terminó la escuela?
NO SÍ Tipo de enfermedad, con fecha(s) _____
4. ¿Su hijo se sometió a alguna cirugía desde que terminó la escuela?
NO SÍ Tipo de cirugía, con fecha(s) _____
5. ¿Su hijo recibió alguna vacuna desde que terminó la escuela?
NO SÍ Enumere las vacunas, con fecha _____
6. ¿Su hijo está siendo evaluado o recibe tratamiento por alguna afección médica?
NO SÍ Enumere las afecciones _____
7. ¿Su hijo está recibiendo algún tratamiento o medicamento?
NO SÍ Nombre del medicamento o tratamiento _____
¿Su hijo necesita medicamentos durante el horario escolar?
NO SÍ ***Si ha respondido que sí, contacte a la enfermera escolar para acordar los pasos a seguir.**
8. ¿Alguna vez su hijo se sometió a un examen oftalmológico?
NO SÍ Fecha del último examen _____
NO SÍ Gafas prescritas
Si su hijo utiliza gafas o lentes de contacto: ¿cuándo cambió la última prescripción? _____
9. ¿Cómo se llama el odontólogo de su hijo? _____
¿Cuál es la fecha de su último examen odontológico? _____
10. ¿Cómo se llama el pediatra de su hijo? _____
¿Cuál es la fecha de su último examen clínico? _____
11. ¿Su hijo ha experimentado acontecimientos importantes en la vida como mudanza, muerte, separación, divorcio, etc. desde el final del último año escolar?
NO SÍ ***Si ha respondido que sí, contacte a su enfermera escolar o al consejero escolar.**
12. ¿Usted, su hijo o algún familiar ha dado positivo para COVID-19?
NO SÍ ***Si ha respondido que sí, contacte a la enfermera escolar.**