



# ENCUESTA ANUAL INFORMATIVA SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Para ayudar a cumplir las necesidades sobre salud de su hijo(a) en la escuela, le pedimos que complete la información solicitada a continuación y regrese este formulario a la escuela. Si tiene cualesquier preguntas, por favor comuníquese a la oficina escolar de salud.

Nombre \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Numero del estudiante \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Este formulario debe completarse cada año escolar. Muchas gracias por su cooperación.

1. Su hijo(a) usa/debe usar lentes?    Sí NO    2. ¿Tiene antecedente de problemas auditivos?    Sí NO  
 3. Su hijo(a) usa lentes de contacto?    Sí NO    4. Audífonos?    Sí NO

5. **Su hijo(a) tiene alguna de las siguientes condiciones: (Por favor, indique sí o no).**

	Asma	Estómago	Ortopédico	Problemas cardíacos	Trastorno convulsivo	Diabetes	TDAH ó TDA*	Urinaria	Migraña
SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)/Trastorno por déficit de atención (ADD).

6. Su hijo(a) tiene alergias?  Sí \*Si (Consulte la siguiente lista. Por favor, indique todas las que apliquen).  
 NO \* Si NO proceder a la pregunta 7

	Picadura de abeja	Cacahuete	Látex	Alimentos	Medicamentos	Ambiente	Animales
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hinchazón (en todo el cuerpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hinchazón (lugar del piquete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón (solo la cara)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*¿Qué medidas toma para tratar los síntomas de alergia de su hijo(a)?  Auto inyector de epinefrina  medicamentos orales

7. Su hijo(a) actualmente está bajo tratamiento/cuidado médico por un problema a largo plazo o crónico?  
 Sí NO Si es así, ¿cuál es la razón? \_\_\_\_\_
8. ¿Su hijo(a) tiene necesidades especiales o precauciones necesarias durante su estancia en la escuela?  
 Sí NO Describa \_\_\_\_\_
9. ¿Su hijo(a) toma cualquier medicamento? Sí NO Frecuencia de administrar diario o según sea necesario  
 Razón del medicamento(s) \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento(s) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Veces al día \_\_\_\_\_

¿Los medicamentos serán necesarios en la escuela? Si es así, por favor visite a la enfermera de la escuela para completar el formulario escolar adecuado.

## LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD PUEDE SER COMPARTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR ADECUADO

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_