

# SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

## FORMULARIO PARA INFORMACIÓN DE SALUD

Varón  Dama ID# \_\_\_\_\_

**ESTUDIANTE: Apellido** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Inicial** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** Mes/Día/Año \_\_\_\_\_ **Identificación Estudiantil** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/ Guardián Legal** \_\_\_\_\_ **Domicilio Actual** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Hogar** \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular** \_\_\_\_\_ **Escuela** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

**PADRE/GUARDIÁN:** la siguiente información es necesaria para el expediente de salud de el/la estudiante. Se requiere solamente una vez al inscribirse. Sin embargo, si en el futuro se presentan nuevos problemas de salud, solicitamos que el padre/guardián **tan pronto como le sea posible, presente notificación a la Oficina Escolar de Salud** para proporcionar la atención adecuada a su estudiante. Por favor complete y entregue este formulario en la Oficina Escolar de Salud.

**MEDICAMENTO: EC §49423**

¿Tiene el/la estudiante un régimen continuo de medicamento? NO  sí  ¿Necesita administrarse en la escuela? NO  sí

**No está permitido que los estudiantes lleven consigo medicamento excepto bajo autorización médica para asma o diabetes.**

**Todo medicamento:** con prescripción, sin prescripción, remedios homeopáticos, vitaminas, etc. que deban administrarse durante el horario escolar o durante actividades patrocinadas por la escuela, requieren el formulario de autorización **“Authorization for Administration of Medication” firmado por el médico y el padre de el/la estudiante. Si su estudiante necesita la administración de medicamento durante el horario/actividad escolar:** Por favor visite la página Web del Distrito <http://www.sduhsd.net/downloads/> para obtener el formulario **“Authorization for Administration of Medication”**, el cual debe el padre/guardián completarlo y entregarlo a la Oficina Escolar de Salud.

**CONDICIÓN/ES DE SALUD:**

Por favor indique la/s casilla/s que mejor describa/n la/s condición/es de salud de su estudiante y entregue el formulario en la Oficina Escolar de Salud. Por favor proporcione información específica acerca de la/s condición/es que puede/n afectar a su estudiante para aprender o para participar en actividades escolares.

Condición de Salud:	Explicación: (por favor incluya; fecha de diagnóstico, frecuencia, severidad, etc.)
<input type="checkbox"/> Alergia (severa; alimentos, medicamento, piquete de abeja,)	_____
<input type="checkbox"/> Asma (leve, moderada, de seriedad, otro)	_____
<input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento / Desorden Genético	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Sanguínea / de la Sangre	_____
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral (Cerebral Palsy)	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Diagnóstico con Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD / ADD)	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Emocional	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	_____
<input type="checkbox"/> Síndrome de Deficiencia Inmunológica	_____
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Migraña / Jaquecas	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica	_____
<input type="checkbox"/> Condición Ortopédica	_____
<input type="checkbox"/> Prótesis	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Psicológica	_____
<input type="checkbox"/> Escoliosis	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> <b>Otra/s preocupación/es de salud de seriedad:</b>	_____

<input type="checkbox"/> <b>Impedimento Auditivo</b> <input type="checkbox"/> Sordera / Dificultad para Escuchar <input type="checkbox"/> Aparatos para Escuchar <input type="checkbox"/> Problemas para Escuchar <input type="checkbox"/> <b>Impedimento Visual</b> <input type="checkbox"/> Necesita Lentes <input type="checkbox"/> Para Distancia <input type="checkbox"/> Para Leer <b>Fecha de la última visita al médico:</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>Oído Derecho</b> <input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> <b>Ojo Derecho</b> <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Astigmatismo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> <b>Oído Izquierdo</b> <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> <b>Ojo Izquierdo</b>
--	--	--

<input type="checkbox"/> <b>Impedimento de Lenguaje</b> <input type="checkbox"/> ¿Ha Recibido Terapia? <input type="checkbox"/> ¿Necesita Terapia? <input type="checkbox"/> <b>Restricciones Físicas</b> <input type="checkbox"/> Para Participación en Educación Física <input type="checkbox"/> Tipo de Restricciones: _____
---

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

**Para el Uso de la Oficina Escolar Solamente:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_