

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 _____ Grade _____

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:

¿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 a 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"/> Impedimento Auditivo	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Auto Inmune	_____
<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"/> Otra/s preocupación/es de salud de seriedad:	_____

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

<input type="checkbox"/> Impedimento de Lenguaje
<input type="checkbox"/> ¿Ha Recibido Terapia?
<input type="checkbox"/> ¿Necesita Terapia?
<input type="checkbox"/> Restricciones Físicas
<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: _____