

**Formulario actualizado de salud**

**Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

**CONDICIONES DE SALUD (marque las que apliquen)**

- ADD/ADHD (Trastorno por Déficit de Atención/ Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención )  
(circule el diagnóstico apropiado)
- Alergias – Liste todas las alergias que existan (comida, insectos, medio ambiente, medicamentos)  
\_\_\_\_\_
- Epi-pen(inyección) recetada para alergia de \_\_\_\_\_
- Asma
  - Inhalador recetado
  - Ubicación del inhalador durante las horas de escuela \_\_\_\_\_
- Dispositivo recetado para medir la capacidad de oxígeno
- Rango Normal de Respiración \_\_\_\_\_
- Enfermedad de los Huesos/Fracturas recientes que afecten sus actividades
- Diabetes
  - Tipo 1 o Tipo 2 (circule una)
  - Utiliza pompa de insulina
  - Utiliza inyección de insulina
  - Toma medicamento oralmente
- Problemas Emocionales/Disturbios (circule el diagnóstico apropiado)
- Dolores de Cabeza/Migrañas (circule el diagnóstico apropiado)
- Problemas de Estomago
- Lentes/Lentes de Contacto
- Problemas de Audición/Deterioro
  - Aparato en el oído
- Enfermedad Renal/Problemas de Riñón
- Discapacidad Física
- Convulsiones
  - Tipo \_\_\_\_\_
  - Medicamento \_\_\_\_\_
- Cirugías que afecten actividades diarias
- Otras Condiciones \_\_\_\_\_

**Medicamento/Medicinas – Liste cualquier otro medicamento que el estudiante toma de forma rutinaria o frecuentemente:**

---

No conozco ninguna otras razones de salud, excepto por la información indicada en este formulario, por que mi hijo/a no pueda participar en actividades de la escuela. En caso de una emergencia yo autorizo al personal de la escuela a obtener atención medica en caso de que no se puedan comunicar con migo. Transporte de ambulancia esta autorizado si es requerido.

**Firma de los Padres/Tutor** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_