

Cuestionario de Salud para Estudiantes

(Necesita ser completado por los Padres o Guardián del estudiante)

¡Favor de escribir en letra impresa!

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono: _____

Escuela: _____ Grado Entrante: _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

El Estudiante Vive Con: _____

Favor de marcar las Enfermedades y/o Condiciones Medicas que su hijo(a) tiene o a tenido.

Enfermedad / Condición	SI (Escriba el mes y año)	NO	Enfermedad / Condición	SI (Escriba el mes y año)	NO
Asma			Paperas		
Diabetes			Fiebre Reumática		
Convulsiones			Rubéola		
Varicela(Virueta)			Fiebre Escarlatina		
Sarampión			Otro: _____		

¿Acaso a tenido su hijo(a) alguna otra enfermedad contagiosa/transmisible que no este listada arriba? Favor de explicar y dar las fechas relevantes a estas enfermedades: _____

Favor de explicar y escribir las fechas (mes y año), si algo de lo siguiente aplica a su hijo(a).

Operaciones/Cirugías: _____

Enfermedades de (ojos, oídos, corazón, estomago, riñones etc.): _____

Lesiones graves/severas (concusiones, lesiones de la cabeza, fracturas, etc.): _____

¿Existe alguna otra información sobre la salud de su hijo(a) que la escuela debe de saber que puede ser relevante a la salud, bienestar y protección de su hijo y/o de otros en el ambiente escolar? _____

Favor de escribir cualquier condición medica, física o mental que debe ser considerada en la planificación del día escolar de su hijo(a): _____

Alergias/Reacciones: _____

Doctor de Cabecera/Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____

Dentista Familiar: _____ Teléfono: _____

La información que proporciono en este documento esta completa y es correcta según mis propios conocimientos y criterio. Reconozco que tengo la obligación continua de informar a la escuela de cualquier cambio en el estatus de la salud de mi hijo(a) que pueda ser relevante a la información que se me pide en este documento.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____