

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO CONJUNTO DE LIVERMORE VALLEY

685 East Jack London Blvd., Livermore, CA 94551

Teléfono: (925)606-3200 Fax: (925) 606-3336

Escuela: _____

Grado: _____

HISTORIA DE LA SALUD DE LOS ESTUDIANTES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

DOCTOR ACTUAL: _____ DENTISTA ACTUAL: _____

Estado de salud actual del niño: Pobre: _____ Justo: _____ Bueno: _____ Excelente: _____

Padre/tutor: Por favor, circule "SI" o "NO" y describa la condición si "SI":

Sí No ALERGIAS?: Estacional: _____ Comida: _____ Medicamentos: _____

Otros alérgenos?: _____

Sí No Regular MEDICATION(S) (Además de vitaminas?):Nombre, Dosis, Frecuencia?

Sí No Hay problemas al nacer o en la infancia?: _____

Sí No HOSPITALIZACIONES(S)/SURGERY: Fecha/Razón?: _____

Sí No Problemas DE DESARROLLO?: _____

Sí No Hay problemas de COMPORTAMIENTO ACTUAL?: _____

Sí No Hay problemas emocionales?: _____

Sí No Hay problemas de audición?: _____

Sí No Hay problemas de VISIÓN?: _____

Sí No HEADACHES: Tipo/Frecuencia?: _____

Sí No Hay PROBLEMAS DE CORAZON O Defecto?: _____ Restricciones?: _____

Sí No ASTHMA?: _____

Sí No DIABETES: ¿Tipo 1 o 2? ¿Medicamentos y método de parto?: _____

Sí No HAY SEIZURES o CONVULSIONES?: _____

Sí No HAY DISPONIBILIDAD Física?: _____

Sí No hay problemas digestivos? _____

OTRAS PREOCUPACIONES/PROBLEMAS DE SALUD?: _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIANO: _____ FECHA: _____

Si su estudiante tiene una condición de salud o alergia potencialmente mortal, comuníquese con su enfermera de la escuela para planificar la salud en la escuela. <http://www.livermoreschools.org/healthservices>