

MARQUE AQUÍ SI NO HAY PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS

VISTA

Usa lentes Siempre
 Usa lentes de contacto Siempre
 Necesita asiento preferencial Fecha de último examen ocular: _____

Bajo el cuidado del Dr. _____
 Teléfono _____
 Comentarios: _____

OÍDOS

Tiene un problema auditivo Tiene tubos en los oídos Usa audifono
 Necesita asiento preferencial

Bajo el cuidado del Dr. _____
 Teléfono _____
 Comentarios: _____

HERMANOS Y HERMANAS

	NOMBRE	ESCUELA A LA QUE ASISTEN	GRADO
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

1. Presenta las siguientes afecciones:

Epilepsia Desmayos Diabetes
 Hiperactivo (ADHD) Afección cardíaca Migrañas
 Asma

¿Alguna de las afecciones antedichas son de riesgo vital? Sí No Explique: _____

Alergias (describa): _____

Reacción alérgica a la picadura de abejas (describa): _____

Otro: _____

2. Anote el o los medicamentos recetados: _____

Dosis actual: _____

Para (diagnóstico): _____

¿El fármaco debe tomarse en horario escolar? Sí No

Recetado por el Dr. _____ Teléfono _____

3. Presenta un problema físico que limita su participación en:

Actividades en la sala de clases Educación física

Por favor explique: _____

Bajo el cuidado del Dr. _____ Teléfono _____

4. Fecha de última inyección contra el tétano _____