

# Información de Salud

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

*A los padres: La salud de su niño(a) es una de nuestras preocupaciones más importantes. Para ofrecer a su niño los mejores servicios de salud posible, apreciaremos su ayuda dándonos la siguiente información. Si durante el año escolar ocurrieran problemas de salud o se efectúa algún trabajo correctivo, haga el favor de notificar a la escuela, de esa forma podremos planear un programa adecuado para su niño(a).*

**Historia de la Salud** – Marque en el espacio apropiado si su niño(a) tiene las siguientes enfermedades o condiciones:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias (Marque y explique: alimento, medicina, picado de insecto, polen/planta, animal) | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones             |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Infecciones del Oído   | <input type="checkbox"/> Operaciones                   |
| <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento  | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Heridas o Enfermedades Serias |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Vejiga/Riñones   | <input type="checkbox"/> Injuría de la Cabeza   | <input type="checkbox"/> Contacto con Tuberculosis     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Sangradura   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Otra _____                    |
| <input type="checkbox"/> Viruelas Locas  |   |  |

Favor de explicar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Esta su niño(a) bajo tratamiento médico actualmente?  Si contestó SÍ, ¿Para qué condición? \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Ultimo Examen Físico \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ Ultimo Examen Dental \_\_\_\_\_

¿Toma su niño(a) medicamento regularmente?  Si contestó SÍ, ¿Para qué condición? \_\_\_\_\_

Indique cual es la medicina y cual es la dosis \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño(a) problemas con los ojos o la visión?  ¿Usa lentes?  Si contestó SÍ, dé la razón \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño(a) problemas al oír?  ¿Dificultades en hablar?  ¿Qué clase? \_\_\_\_\_

¿Existen restricciones en las actividades físicas del niño(a)?  Explique \_\_\_\_\_

## **Immunizaciones Y Examen de Salud**

*Antes de que su hijo/hija inicie la escuela, su niño(a) debe de estar al día con sus inmunizaciones. A la inscripción de su niño(a), necesitará un Comprobante de inmunización mostrando que su niño(a) ha recibido todas las inmunizaciones exigidas. La enfermera o el personal de la oficina les dirá cuales inmunizaciones son necesarias. Un/a niño(a) puede estar exento (no obligado) si acaso la inmunización es contaria a su creencia como es verificado por la declaración por escrito de sus padres, o por razones médicas como la verifica la declaración escrita de un medico. Si su niño está exento y hay un brote epidémico de un enfermedad, el Departamento de Salud puede ordenar a la escuela que excluya a su niño(a) temporalmente para su protección.*

*Otro requisito es que su niño(a) debe tener un examen completo de salud en los 18 meses antes de entrar al primer grado. Este es un requisito de Salud de Niños, y Prevención de Incapacidad (CHDP). Antes de entrar al ("kinder") jardín infantil, se necesitan inyecciones de refuerzo. Combinar el examen físico y los refuerzos salvaría tiempo y le daría la oportunidad para cumplir con los dos requisitos a la vez. Los programas de Salud de Niños, y Prevención de Incapacidad proveen el examen físico completo y las vacunas necesarias gratis a familias de bajos ingresos. Usted puede obtener los formularios y cualquier otra información en la escuela.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha