



**REGISTRO DEL DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
EVALUACIÓN SALUD**



Año escolar: 2023-2024

Para el padre o tutor:

El propósito de este formulario es brindarle a la enfermera de la escuela información adicional sobre las necesidades de salud de su hijo. La enfermera de la escuela puede comunicarse con usted para obtener más información. La información solicitada es esencial para que la enfermera de la escuela satisfaga las necesidades de salud de su hijo.

Esta información se mantendrá confidencial.

POR FAVOR complete ambos lados de este formulario (Devuélvalo a la enfermera de la escuela)

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento	El Sexo
Dirección de Domicilio (La Calle)	Raza/Etnia		
(La Ciudad y Código Postal)	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Angloamericano, no de origen Hispano	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	
	<input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano	<input type="checkbox"/> Otra	
Número de Tel. en Casa	Número de Tel. Celular	Escuela	Grado
Nombre de Padre/Tutor (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)			
Transportación			
<input type="checkbox"/> Pasajero de Autobús <input type="checkbox"/> Pasajero de Carro <input type="checkbox"/> Pasajero del Autobús de Incapacitados <input type="checkbox"/> El Programa de Clases Extendidas			

Parte I – Información de Salud

Lugar donde recibe su hijo atención médica regular: <input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público <input type="checkbox"/> Clínica Hospital <input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud <input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> En ningún lugar regular Nombre del médico: _____ Dirección: _____ Tel: _____	Lugar donde recibe su hijo cuidado dental regular: <input type="checkbox"/> El Centro de Salud Público <input type="checkbox"/> Clínica Hospital <input type="checkbox"/> Una Clínica Comunitaria de Salud <input type="checkbox"/> Un médico privado/HMO <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> En ningún lugar regular Nombre del Dentista: _____ Dirección: _____ Tel: _____	Tipo de seguro médico de su hijo: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Segura Privada <input type="checkbox"/> ALLKIDS <input type="checkbox"/> Otra: _____
---	--	--

Hospital preferido: _____

Parte II - Historial médico Equipo / procedimientos médicos requeridos en la escuela

Catéter
 Tubo gástrico
 Tratamientos con nebulizador
 Suplemento de oxígeno
 Traqueotomía
 Estimulador del nervio vago (VNS)
 Ventilador
 Silla de ruedas
 Caminante

Otro *Por favor explique:* _____

Los medicamentos y procedimientos en la escuela requieren un Formulario de autorización de padre / recetador (uno para cada medicamento o procedimiento). Consulte con la enfermera de la escuela.

Complete el reverso del formulario (se requiere firma) Page 1 Rev 6-2017



**REGISTRO DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
DEL ESTADO DE ALABAMA**



EVALUACIÓN SALUD

Año escolar: 2023-2024

Nombre del Estudiante Parte III - Historia Médica

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>CONOCIDO LOS PROBLEMAS DE SALUD Si no, ir directamente a la parte inferior de la página y proporcionar la firma del padre / tutor En caso afirmativo, y diagnosticada por un médico, responder a cada pregunta a continuación.</p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Trastorno por déficit de atención (TDA) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) Requiere medicación <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> En casa</p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Alergias:</p> <p><input type="checkbox"/> Alimentos _____ <input type="checkbox"/> Urticaria / sarpullido <input type="checkbox"/> Medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Insectos _____ <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Epi-pen</p> <p><input type="checkbox"/> Ambiental _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos _____ <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Asma <input type="checkbox"/> Usa un inhalador en la escuela <input type="checkbox"/> Usa un inhalador en casa</p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Problemas de sangre / sangrado: <input type="checkbox"/> Hemofilia, <input type="checkbox"/> Von Willebrand, <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Requiere medicamento <i>Por favor explique:</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Sangrados nasales frecuentes: <i>Por favor explique</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Cáncer / Leucemia: <i>Por favor explique</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Parálisis cerebral: <i>Por favor explique</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Fibrosis quística: <i>Por favor explique</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Problemas dentales: <i>Por favor explique:</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Diabetes <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/> Controla los niveles de azúcar en sangre en la escuela <input type="checkbox"/> Requiere insulina en la escuela <input type="checkbox"/> Bomba de insulina <input type="checkbox"/> Orden de glucagón</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Controlada con dieta <input type="checkbox"/> Medicamentos orales</p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Emocional / Conductual / Psicológico lógico: <i>Por favor explique:</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Problemas gastrointestinales / del estómago: <i>Por favor explique:</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Trastornos genéticos / raros: <i>Por favor explique:</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Dolores de cabeza: <i>Por favor explique:</i></p>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Problemas de audición: <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo oído <input type="checkbox"/> Ambos oídos <input type="checkbox"/> La pérdida de audición <input type="checkbox"/> ayuda de la <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> implante coclear</p>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Condición del corazón audición: <input type="checkbox"/> a restricciones actividad: <input type="checkbox"/> medicamentos que se toman en el hogar: <i>por favor explique:</i></p>

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	hipertensión (presión arterial alta): <i>por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Artritis juvenil / Problemas de articulaciones óseas: <i>Explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de riñón / vejiga / urinarios: <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Escoliosis: <input type="checkbox"/> Sin tratamiento <input type="checkbox"/> Usa corsé <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Historia familiar
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Ataques / convulsiones: Tipo de ataque: _____ <i>Medicamentos:</i> <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Klonopin <input type="checkbox"/> Versed <input type="checkbox"/> medicamentos que se toman en el hogar <input type="checkbox"/> Otro _____ <i>por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sickle Cell: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trait
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	derivación: <input type="checkbox"/> VP shunt <i>favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Espina bífida:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Di especial et: <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas de visión: <input type="checkbox"/> lleva gafas <input type="checkbox"/> usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras afecciones médicas: <i>Por favor, incluya <u>cualquier</u> medicamento tomadas en único hogar.</i>

Firmas requeridas Firma del

(electrónicas o escritas)padre o tutor: _____ Fecha: _____ (Electrónica o escrita)

Firma de la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____