

SANTA CRUZ VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT #35

Información de Salud General

Nombre del Estudiante: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____
(Tutor legal)
 Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____
(Tutor legal)
 Doctor de la familia: _____ Teléfono: _____
 Especialista: _____ Teléfono: _____

HISTORIA MEDICA DEL ESTUDIANTE

No	Sí	Nombre de la enfermedad:	Comentarios:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la sangre	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restricciones de actividad/necesita dispositivo de ayuda	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los pulmones	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicela/Viruela Fecha: _____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de ojo, oído, nariz	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión Alemán	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paperas	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña /dolor de cabeza	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de la garganta o fiebre escarlata	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anginas	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tosferina	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herida, accidente o enfermedad seria	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa anteojos o aparato en el oído	_____

Cirugías previas: _____ **Date:** _____

Otro: _____ **Date:** _____

¿Hubo complicaciones durante éste embarazo? No Sí **Detalles:** _____

Medicamentos: _____

Prueba de la piel hasta la fecha:	Positivo/Negativo	Fecha:
Tuberculosis	_____/_____	_____
Rayos X del pecho	_____/_____	_____
Tratamiento	_____/_____	_____

Firma del Padre ó Tutor legal: _____ Fecha: _____

SI SU HIJO(A) NECESITA TOMAR MEDICAMENTO DURANTE LAS HORAS ESCOLARES, POR FAVOR PIDA LA FORMA DE SOLICITUD EN LA ESCUELA DE SU HIJO(A) PARA QUE LA LLENE Y FIRME SU DOCTOR.

FOR OFFICIAL USE ONLY:

School Site: _____ **Grade:** _____ **Student ID:** _____ **Enter Date:** _____

New student

Returning student

Health file at previous district school