

**DISTRITO ESCOLAR DE SANTA CLARA  
INFORMACION DE SALUD**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Grado: \_\_\_

**HISTORIAL DEL NACIMIENTO/ DESARROLLO:**

Duración del Embarazo (en meses): \_\_\_\_\_

¿A qué edad empezó a hablar su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad empezó a entender su habla? \_\_\_\_\_

¿A qué edad aprendió su niño/a a caminar? \_\_\_\_\_

**INFORMACION MÉDICA:**

Si su hijo padece de lo siguiente, por favor describa:

Alergias  Sí  No \_\_\_\_\_

Asma  Sí  No \_\_\_\_\_

Diabetes  Sí  No \_\_\_\_\_

Problema de Audición  Sí  No \_\_\_\_\_

Problemas Cardiacos  Sí  No \_\_\_\_\_

Limitaciones Físicas  Sí  No \_\_\_\_\_

Convulsiones  Sí  No \_\_\_\_\_

Dificultades del Habla  Sí  No \_\_\_\_\_

Dificultades de la Vista  Sí  No \_\_\_\_\_

Otra preocupación de  
de la salud  Sí  No \_\_\_\_\_

Escriba todos los medicamentos que su hijo/a está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

¿Necesita tomar medicina durante la escuela?  Sí  No

Si contesto sí, especifique: \_\_\_\_\_

Importante: Cada año los padres/ tutores debe darle a la escuela la autorización escrita de medicamentos de parte de un proveedor de servicios de salud para cualquier medicamento que deberá ser administrado durante la escuela. Estas formas están disponibles en la oficina.

Fecha de último examen físico: \_\_\_\_\_ Fecha de último examen dental: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico su hijo/a?  Sí  No

Si contesto sí, cual es el nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha