McFarland School District
HISTORIA MÉDICA ESTUDIANTIL

Nombre del estudiante_____
(Apellido) (Primero) (Segundo)

Fecha de nacimiento _____

Escuela_____

Grado_____

Padre/Guardián_____ Teléfono (casa)_____

Información obtenida de este cuestionario estará guardada en un archivo en la oficina de salud y será usada para obtener una conciencia de las necesidades de la salud de su hijo. Una emergencia o preocupación medical especial tiene que ser comunicada claramente a los empleados de la escuela para proveer servicios medicales seguros y eficaces.

1. ¿Tiene su hijo las siguientes condiciones? Si es así, por favor explique.

Alergias:	Sí ___ No ___	Medicación:_____Insectos ___ Comida_____
Asma:	Sí ___ No ___	¿Inhalador?
Trastorno por Déficit de Atención:	Sí ___ No ___	Medicación/Dosis_____
Problemas con la vejiga o los intestinos:	Sí ___ No ___	_____
Problemas con los huesos, los músculos, o las articulaciones:	Sí ___ No ____	_____
Anormalidades congénitas:	Sí ___ No ___	_____
Depresión/Afección del humor:	Sí ___ No ___	¿Medicación?_____
Diabetes:	Sí ___ No ___	¿Insulina?_____
Problemas/Infección de la oreja:	Sí ___ No ___	_____
Epilepsia:	Sí ___ No ___	¿Medicación?:_____
Problemas auditivos:	Sí ___ No ___	_____
Condición del corazón:	Sí ___ No ___	_____
Migrañas:	Sí ___ No ___	_____
Afección de hablar:	Sí ___ No ___	_____
Problemas de visión:	Sí ___ No ___	_____

2. ¿Ha sido su hijo herido seriamente u hospitalizado? Si es así, por favor explique. _____

_____

_____

3. Describa unas preocupaciones medicales que no están en la lista arriba que deben saber los empleados.

_____

_____

Doy permiso para compartir la información medical arriba con los empleados de la escuela que son parte del cuidado de mi hijo.

Firma del padre/guardián_____ Fecha_____

Si Ud. tiene preguntas, llame a la enfermera del distrito. 838-4500, ext. 4761

El McFarland School District no discrimina por razón de sexo, edad, raza, color, origen nacional, ascendencia, credo, embarazo, religión, estado matrimonial o paternal, orientación sexual o discapacidad.