

# Spreckels Union School District

## Formato de Información de Salud del Estudiante

NOMBRE QUE PREFERE EL ESTUDIANTE			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Sufijo
Género: <input type="checkbox"/>		Grado: <input type="checkbox"/>	
INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE			

Por favor marque las cajas correspondientes abajo (Adjunte documentación adicional si es necesario):

	Si	No	Medicamentos tomados	Comentarios/Explicación
Desorden de Déficit de Atención (ADD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Desorden de Déficit de Atención hiperactivo (ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anafilaxia o Reacciones Alérgicas Severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alérgias (Temporal, Comida, Insectos, Medicamentos, Latex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asma o problemas de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Desorden dentro del Espectro de Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de Comportamiento o Emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de Oído o Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas Visuales o del ojo/Usa lentes o de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Heridas en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de Aprendizaje/Incapacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Limitantes de Actividad Física/Problemas de Coordinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Complicaciones Prenatales/Fue Prematuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas con la Vejiga/Intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cirujías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Su estudiante está tomando medicamentos regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿Tiene el distrito su consentimiento para las siguientes revisiones a su estudiante?

Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si se llegara a requerir un servicio urgente que involucre acción o tratamiento médico y los padres/tutores legales no pueden ser contactados para dar su consentimiento, la firma abajo autoriza el consentimiento para la ejecución de dichos servicios médicos urgentes para el estudiante mencionado arriba, que sean necesarios en la opinión del personal médico que esté

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

SOLO PARA USO DEL DISTRITO			
Revisado Por	Maestro(a)	Fecha de revisión	Fecha de Registro en SIS

