

EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CHICO

Escuela que asistió antes: _____

1163 East Seventh Street
Chico, California 95928
(530) 891-3000

Nombre de escuela en Chico: _____

¿Fué a una escuela en California antes? _____

REGISTRO DE SALUD

Grado _____

Nombre de estudiante _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Dirección de estudiante _____ Teléfono _____

Nombre de padre _____ ¿Dónde trabaja? _____

Nombre de madre _____ ¿Dónde trabaja? _____

Nombre de tutor o guardián _____ ¿Dónde trabaja? _____

Numero de hijos que viven en casa _____ El estudiante vive con: Padre y Madre _____ Padre _____ Madre _____ Guardian _____

Sí	No	Cabeza	Edad
		Concusión	
		Tendencia a desmayarse o perder el conocimiento	
		Convulsiones o espasmos	
		Dolores de cabeza a menudo	
Sí	No	Ojos	
		Defecto visual incorregible	
		Un ojo, Derecho Izquierdo	
		Defecto de no distinguir colores	
		Anteojos o lentes	
		Lentes de contacto	
Sí	No	Oídos, Nariz, Garganta, Boca	
		No oye bien (Sordera)	
		Problemas crónicas del oído	
		Dientes postisos o alineadores de dientes	
		Dificultad al hablar	

Sí	No	Necesidades Especiales
		Epilepsia: Tipo [] Grande Mal [] Pequeño Mal [] Otro
		Diabetes: Dependiente de insulina: [] Sí [] No

Sí	No	Necesidades Especiales
		Asma
		Reacción a la picadura de abeja
		Reacción a medicina Nombre de la medicina: _____
		Problemas de corazon ¿Cuáles: _____

¿Hay un problema o tratamiento que debe saber la enfermera de la escuela?

Según el código de educacion los padres tienen que informar a la escuela si su hijo (a) toma medicina de rutine o de habito.
Nombre de medicina: _____
Nombre de doctor: _____

HISTORIA DE DESARROLLO

Embarazo con el hijo(a) nombrado arriba: (Marque o llene el espacio)

- 1) Estuvo bajo de tratamiento de doctor desde _____ mes. Tuvo sarampión durante el embarazo: Sí _____ No _____
- 2) Medicinas usadas durante el embarazo: _____
- 3) Enfermedades o accidentes durante el embarazo: _____
- 4) Salud durante el embarazo: Excelente _____ Buena _____ Regular _____ Tipo de parto: Vaginal _____ Cesarea _____
- 5) Dificultades del parto: Fórceps _____ Sangrar _____ Viene de nalgas _____ Otro: _____

Estudiante:

- 1) **Condición cuando nació:** Peso _____ Lloró: inmediatamente _____ Se demoró en llorar _____ Color: rosado _____ gris _____ azul _____
Nivel de actividad: _____ Herido: _____ Ataque: _____
Defectos de nacimiento: _____ Dificultades en respirar: _____ Ictericia: _____
- 2) **Enfermedades de infacia:** _____ **Accidentes:** _____
Describe: _____
- 3) **Comida y alimento del niño (a):** Subió de peso: lento _____ regular _____ rápido _____
Apetito: Bueno _____ Malo _____ Muy particular en su comida _____ Comió casi todo tipo de comida _____
Alergias: Infancia: _____ Ahora: _____
- 4) **Forma de dormir y descansar del estudiante:** Pro medio de horas de sueño cada noche _____
Duerme: Quieto _____ Inquieto _____ Sueños _____ Camina en sueño _____ Moja la cama _____ Necesita descansos en el día _____ Se levanta descansado _____
- 5) **Momentos importantes del desarrollo:** Ponga la edad cuando su hijo (a): Se sentó solo _____ Gatió _____ Caminó _____ Primer diente _____ Comió sin ayuda _____
Tuvo control de vejiga _____ Tuvo control de evacuar vientre _____ Hablar: Primer palabra _____ Frases _____ Frases completas _____

Mi hijo(a) tuvo ayuda especial en la escuela anterior. Sí _____ No _____ Por favor marcar con un círculo: Hablar, Clase dia especial, Programas de recurso, Exámenes sicológicos, educación fisica adoptive, otro: _____

Firma de padre o guardián _____

Parentesco familiar (padre, madre, etc.) _____

Fecha _____

Si firma el guardián, ¿ya están terminados los documentos de tutela? Sí _____ No _____