

Nombre de escuela en Chico: _____

EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CHICO

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

Grado _____

HISTORIA DE SALUD

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

Dirección de estudiante _____ Teléfono _____

Nombre de padre _____ Dónde trabaja? _____

Nombre de madre _____ Dónde trabaja? _____

Guardian's Name _____ Dónde trabaja? _____

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

SI	NO	CABEZA	EDAD
		Concusión	
		Tendencia a desmayarse o perder el conocimiento	
		Convulsiones o espasmos	
		Dolores de cabeza a menudo	

SI	NO	OJOS
		Defecto visual incorregible
		Un ojo, Derecho Izquierdo
		Defecto de no distinguir colores
		Anteojos o lentes
		Lentes de contacto

SI	NO	OIDOS, NARIZ GARGANTA, BOCA
		No oye bien (Sordera)
		Problemas crónicas del oído
		Dientes postisos o alineadores de dientes
		Dificultad al hablar

SI	NO	NECESIDADES ESPECIALES
		Epilepsia: Tipo <input type="checkbox"/> Grand Mal <input type="checkbox"/> Pequeño Mal <input type="checkbox"/> Otro
		Diabetes: Dependiente de insulina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Asma
		Reacción a la picadura de abeja
		Reacción a medicina Nombre de la medicina: _____
		Problemas de corazon ¿Cuáles? _____

Según el código de educacion los padres tienen que informar a la escuela si su hijo(a) toma medicina de rutina o de habito.

Nombre de medicina: _____

Nombre de doctor: _____

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

Enfermedades de infancia: _____ Accidentes: _____

Forma de dormir y descansar del estudiante: Pro medio de horas de sueño cada noche _____ Duerme: Quieto _____ Inquieto _____ Sueño _____

Camina en sueño _____ Moja la cama _____ Necesita descansos en el día _____ Se levanta descansado _____

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