

Revisión Anual de Salud Para la Escuela Pública de Des Moines (Primaria) Año Escolar _____

Nombre del Estudiante _____ Fecha _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Revisión de Salud

| | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Problemas Respiratorios | Problemas del Corazón | Problemas Neurológicos | Problemas de Digestión | Problemas Glandulares | Ortopédico |
| Asma _____ | Murmullo del corazón _____ | Dolores de Cabeza Frecuentes _____ | Problemas Estomacales/Ulceras _____ | Diabetes _____ | Huesos Rotos _____ |
| Via Aérea Reactiva _____ | Cirugía de Corazón _____ | Vértigos _____ | Problemas Del Intestino _____ | Tiroideas _____ | Apoyos ortopédicos _____ |
| Otros Problemas _____ | Otros problemas _____ | ADHD/ADD _____ | Dieta Especial _____ | Riñones _____ | Otros Problemas _____ |

Historia de Salud de Edad Temprana (Marque los que aplican) _____ Madre recibió cuidado medico durante su embarazo _____ Madre estaba enferma durante de su embarazo _____ Niño/a nació antes de tiempo _____ Niño/a pesó menos de 5 libras _____ Niño/a tuvo dificultad empezar a respirar al nacer _____ Se permitió que el niño/a se fuera del hospital al mismo tiempo que su madre _____ Niño/a podía decir unas palabras a la edad de 1 ½ _____ Niño/a se desarrolló como otros niños de su edad _____

Notas _____

Necesidades Especiales Médicas: _____ Lentes/Contactos _____ Ayudas de Audición _____ Sentarse cerca de la Enseñanza _____ Uso Privilegiado/ Liberal del Baño _____ Límites en Educación Física _____

Enumere las alergias de su niño(a): Alimentos _____ Medicina _____ Ambiental _____

Enumere todas enfermedades, operaciones, o accidentes que su hijo(a) ha sufrido durante el año pasado: _____

Enumere condiciones emocionales, sociales, u otras que puedan afectar el desarrollo académico de su hijo: _____

Enumere otras preocupaciones de salud que usted quiere notificar a la enfermera: _____
Medicamentos Actuales: _____ Medicinas recetadas que deben ser administradas en la escuela: _____

Información para Emergencias: Nombre del Doctor: _____ No. De Teléfono: _____ Hospital de preferencia: _____

Información de los Padres: Madre: Nombre _____ No. De Casa/Celular _____ Trabajo _____ E-mail _____
Padre: Nombre _____ No. De Casa/Celular _____ Trabajo _____ E-mail _____

Viajes Internacionales: Mi hijo(a) ha vivido fuera de los Estados Unidos durante el año pasado. _____ Sí _____ No ¿Que país? _____

Información de Seguro Médico
Seguro Actual de Salud: _____ Privado _____ Medicaid _____ Hawk-1 _____ No tiene seguro _____ Que la enfermera o designado se comuniqué para hablar de opciones de seguro de salud

Autorizo a la enfermera de la escuela que comparta información con el personal escolar siempre y cuando la necesidad lo merite.
Firma del Padre/Madre: _____ Fecha _____