



# Sacred Heart Catholic School

Gervais

## REGISTRO MÉDICO ESTUDIANTIL Información confidencial

El nombre del estudiante \_\_\_\_\_ School Sacred Heart Catholic School Grado \_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle/P.O Box Ciudad Estado Zip

Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo del padre \_\_\_\_\_ Madre, trabajo, teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del medico \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Evaluación de los Padres Sobre la Salud del Estudiante

1. ¿Tiene su estudiante una discapacidad física? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique la naturaleza de la condición:
2. ¿Alguna vez su estudiante ha tenido una operación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique la naturaleza de la operación y la fecha de realización :
3. ¿Alguna vez su estudiante tuvo una lesión grave? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique y proporcione la fecha de la lesión:
4. ¿Tiene su estudiante alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Asma <i>Encierre en un círculo los desencadenantes aplicables:</i> caspa de animales, polvo/ácaros del polvo, ejercicio inducido, moho <input type="checkbox"/> Trastorno de la vejiga / intestino <input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo <input type="checkbox"/> Daño cerebral <input type="checkbox"/> Diabetes <i>Por favor circule:</i> Tipo 1 Tipo 2 <input type="checkbox"/> Trastorno del oído / ojo <input type="checkbox"/> Problema cardíaco <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Alergia severa con epinefrina prescrita. <i>Por favor especifique el alérgeno:</i> <input type="checkbox"/> Sistema inmunitario suprimido <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud. <i>Por favor especifique:</i>
5. ¿Está su estudiante actualmente bajo el cuidado de un médico por una enfermedad en particular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, indique la naturaleza de la enfermedad:
6. ¿Está tomando medicamentos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Nota:</i> se debe completar un formulario adicional para todos los medicamentos tomados en la escuela. En caso afirmativo, ¿debería tomar medicamentos en la escuela? Indique la naturaleza de la enfermedad y el nombre del medicamento:
7. ¿Puede su estudiante participar en una actividad completa en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, por favor explique:
8. ¿Su estudiante ha sido hospitalizado recientemente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿en qué año? _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Fecha