

# Servicio de Salud—Distrito Escolar Unificado de Flagstaff #1

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino

## Historial de Salud del Alumno

Por favor marque cualquier condición presente AHORA o en el pasado.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alérgico a: _____<br>Reacciones comunes: _____<br>Medicamentos: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes (encierre) Tipo 1 o Tipo 2<br>Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____<br>Medicamentos a tomar en la escuela: _____               | <input type="checkbox"/> Condición de la Tiroides _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Condición nasal/sinusitis _____                                       | <input type="checkbox"/> Condición de la piel _____   |
| <input type="checkbox"/> Neumonía en el pasado _____<br>Medicamentos: _____                    | <input type="checkbox"/> Migraña o dolor de cabeza grave _____                              |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales _____  | <input type="checkbox"/> Historia de herida en la cabeza grave _____                        |
| <input type="checkbox"/> Acidez/GERD _____   | <input type="checkbox"/> Incautación condición (tipo) _____<br>Medicamentos: _____          |
| <input type="checkbox"/> Ulceras/Colitis/Crohn's _____   | <input type="checkbox"/> Parális cerebral _____   |
| <input type="checkbox"/> Infección del riñón o vesícula _____                                  | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Estado del Corazón _____  | <input type="checkbox"/> Déficit atencional _____<br>Medicamentos: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Problema a los huesos o coyunturas _____                              | <input type="checkbox"/> Depresión o condición de salud mental _____<br>Medicamentos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis juvenil _____  | <input type="checkbox"/> Bajo peso Sobrepeso (encierre) _____                               |
| <input type="checkbox"/> Problemas a la espalda/escoliosis _____                               | <input type="checkbox"/> Desorden en el sangrado _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Lentes o contactos _____  | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes (tipo) _____                                |
| <input type="checkbox"/> La ceguera al color _____   | <input type="checkbox"/> Historial de cáncer _____  |
| <input type="checkbox"/> Otra condición de la vista _____                                      | <input type="checkbox"/> Condición congénita o de nacimiento _____                          |
| <input type="checkbox"/> Infección al oído/tubos en el pasado _____                            | <input type="checkbox"/> Cirugías pasadas (tipo y año) _____                                |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición (encierre): Right Left _____                   | <input type="checkbox"/> Historial de enfermedad grave _____                                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de dicción _____  |   |
| <input type="checkbox"/> La Viruela del Pollo—la fecha de la enfermedad: _____                 |   |
| <input type="checkbox"/> Otras condiciones de salud _____                                      |   |

**Por favor vea a la enfermera si usted marco cualquier de las alternativas.**

Escriba cualquier otra discapacidad o condición de salud que pueda limitar las actividades:

Escriba cualquier medicamento o suplementos tomados en casa:

Comentarios adicionales:

Médico del estudiante: \_\_\_\_\_ Dentista del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_