

**DISTRITO ESCOLAR DE CHEHALIS**  
**ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA DE LA SALUD ESTUDIANTIL**

Nombre:	Fecha de Nacimiento: Edad: Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Padre/Tutor: <small>(persona que completa esta forma)</small>	teléfono de casa: teléfono celular:	Fecha:

En los últimos 5 años, su niño ha	SÍ	NO	Si la respuesta es sí, por favor, explique e incluya la fecha:
Tenía una condición médica permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visto un especialista médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenido alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> comda <input type="checkbox"/> ambiental <input type="checkbox"/> insecto <input type="checkbox"/> medicamento <input type="checkbox"/> otro
estado hospitalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía una operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía una herida que requiere una visita a la Sala de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía dificultad para respirar o dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía una herida del hueso/músculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desmayado, tenía una conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía una convulsión/ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía un problema de la visión o condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gafas <input type="checkbox"/> contactos
Tenía un problema de audición o condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> audífonos <input type="checkbox"/> implante coclear
Usados puente dental, tirantes dentales, o boquilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tienen cualquier miembros de la familia menores de 50 que han:	SÍ	NO	Si la respuesta es sí, por favor especifique:
Tenido un ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenía otros problemas de salud graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN A SU HIJO:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH (ADHD)<br><input type="checkbox"/> El asma o problemas para respirar<br><input type="checkbox"/> El trastorno del espectro autista<br><input type="checkbox"/> Lesiones dentales<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Infecciones del oído<br><input type="checkbox"/> Condiciones gastrointestinales | (úlceras, reflujo, síndrome de intestino irritable)<br><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas<br><input type="checkbox"/> Condiciones del corazón<br><input type="checkbox"/> Presión alta<br><input type="checkbox"/> Condición de salud mental (depresión, trastornos alimentarios, ansiedad, OCD, | impar, etcetera.)<br><input type="checkbox"/> escoliosis<br><input type="checkbox"/> Único órgano ( <input type="checkbox"/> riñón <input type="checkbox"/> testículo)<br><input type="checkbox"/> Condición de la piel<br><input type="checkbox"/> Condición del discurso<br><input type="checkbox"/> Condición urinaria |
|---|---|---|

MEDICACIONES CORRIENTES	SÍ	NO	Por favor indique nombre, dosis, tiempo(s)
Dado en escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomado en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EQUIPO DE ASISTENCIA	SÍ	NO	Por favor, marque todas las que aplican
Durante o fuera de escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otro:
TRATAMIENTOS	SÍ	NO	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Insulina/monitoreo de glucosa en la sangre <input type="checkbox"/> inhalador/nebulizador /máximo control de flujo <input type="checkbox"/> dieta especial (por favor explique y solicite el Formulario de solicitud Alimenticio Especial para alojamientos del servicio de alimentos)

**DISTRITO ESCOLAR DE CHEHALIS**  
**ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA DE LA SALUD ESTUDIANTIL**

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