



ESCUELAS PÚBLICAS DE ENGLEWOOD EVALUACIÓN DE SALUD

Nombre: _____
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento

La historia médica de su hijo/a contiene alguna de las siguientes:

Si No

- | | | | |
|----|---|-------|-------|
| a. | ¿Se desmaya cuando hace ejercicios? | _____ | _____ |
| b. | ¿Ha quedado inconciente por alguna herida? Convulsión? | _____ | _____ |
| c. | ¿Algún problema con las coyunturas? Heridas? Fracturas? | _____ | _____ |
| d. | ¿Diabetes? | _____ | _____ |
| e. | ¿Problemas del corazón? Dolor de pecho? Palpitaciones? | _____ | _____ |
| f. | ¿Alergias? Fiebres? | _____ | _____ |
| g. | ¿Asma: tiene su hijo/a un inhalador? | _____ | _____ |

Si su hijo/a toma alguna medicina, explique la hora y la dosis que debe ser suministrada

- | | | | |
|----|--------------------------------------|-------|-------|
| h. | Cirugías? Hospitalizaciones? | _____ | _____ |
| i. | Viruelas/Sarampión? (Mes/Año) _____ | _____ | _____ |

1. Si usted dijo que Si a alguna de las anteriores, por favor, explique:

2. Toma su hijo/a algún tipo de medicina con regularidad? Si la respuesta es si, por favor, escriba el nombre de la medicina, la cantidad, la dosis, la hora y la razón por la que debe ser suministrada. Si aplica, explique los efectos secundarios que conlleva tomar la medicina.

3. En caso de emergencia, yo autorizo a la escuela a llamar al medico o dentista de mi hijo/a:

Medico _____ Número de Tel. _____

Dentista _____ Número de Tel. _____

Le doy mi permiso a la enfermera escolar para que comparta la información médica de mi hijo/a con el profesorado cuando sea necesario.

Le doy mi permiso al doctor escolar para que examine a mi hijo/a cuando sea necesario.

Firma del Padre/Encargado

Fecha



ENGLEWOOD PUBLIC SCHOOLS HEALTH ASSESSMENT

Name: _____

Last

First

Middle Initial

Date of Birth

Does your child have a history of the following:

Yes **No**

- | | | | |
|----|---|-------|-------|
| a. | Fainting with exercise | _____ | _____ |
| b. | Loss of consciousness after an injury? Seizures? | _____ | _____ |
| c. | Any previous joint injury? Injuries? Fractures? | _____ | _____ |
| d. | Diabetes? | _____ | _____ |
| e. | Heart problems? Chest pain? Palpitation? Murmurs? | _____ | _____ |
| f. | Allergies? Hives? | _____ | _____ |
| g. | Asthma: Does your child carry any inhaler? | _____ | _____ |

If yes, medication and dose:

- | | | | |
|----|--|-------|-------|
| h. | Surgery? Hospitalization? | _____ | _____ |
| i. | Chicken Pox? (Month/Year) _____ | _____ | _____ |

1. If you have checked yes to any of the above, please explain:

2. Does your child take any medication regularly? If yes, please list the medication, dosage, time taken, reason for taking the medication, and possible side effects below.

3. In case of an emergency, I hereby authorize the school to call the physician or dentist below.

Physician _____ Phone number _____

Dentist _____ Phone number _____

I give my permission for the school nurse to share all health information with the faculty as needed.

I give my permission for the school doctor to examine my child when needed.

Signature

Date