



## DWIGHT MORROW HIGH SCHOOL EVALUACIÓN DE SALUD 9th – 12th

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



## DWIGHT MORROW HIGH SCHOOL HEALTH ASSESSMENT 9<sup>th</sup> – 12<sup>th</sup>

---

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