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 segundarios 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
9th – 12th

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