

# UNIONDALE UNION FREE SCHOOL DISTRICT

933 Goodrich Street  
Uniondale, NY 11553-2499

CAL AVE.	GRAND AVE	NORTHERN
SMITH ST	WALNUT ST	U.H.S
L.RD.M.S.	TURTLE H.M.S	U.H.S./ALT
Pre- K eval	Evaluation	

Student ID # \_\_\_\_\_

Health Office Log # \_\_\_\_\_

## Historial de Salud

NOMBRE DEL NIÑO/A \_\_\_\_\_

Apellido      Primer Nombre      Sexo      Fecha de Nacimiento      Lugar de Nacimiento

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

Calle      Ciudad      Teléfono/ Celular

PARENT/GUARDIAN \_\_\_\_\_

Nombre De La Madre      Teléfono      Nombre Del Padre      Teléfono

NOMBRE DE LA ÚLTIMA ESCUELA \_\_\_\_\_

ÚLTIMA VEZ Q ASISTIÓ A ESCUELA EN UNIONDALE \_\_\_\_\_

FECHA DE RETIRO DEL DISTRITO ESCOLAR \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:(NOMBRE / #TELÉFONO DE DOS PARIENTES O AMIGOS)

1. \_\_\_\_\_  
NOMBRE      #TELÉFONO /CELULAR      PARENTESCO CON ESTUDIANTE

2. \_\_\_\_\_  
NOMBRE      TELÉFONO/CELULAR      PARENTESCO CON ESTUDIANTE

NOMBRE DEL MÉDICO      DIRECCIÓN      # TELÉFONO

**\*\*\*LA ENFERMERA CONDUCE UNA ENTREVISTA VERBAL\*\*\*\***

RESPONDA "SI" O "NO" (PROVEA DETALLES ESPECIFICOS PARA LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS) A TODAS LAS PREGUNTAS EN REFERENCIA A SU HIJO(A)

CIRUGÍA/OPERACIONES \_\_\_\_\_

DEFECTO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD GRAVE \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD CRÓNICA \_\_\_\_\_

ACCIDENTE GRAVE \_\_\_\_\_

ALERGIAS \_\_\_\_\_

LESIÓN A LA CABEZA- INCONSIENTE \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

PERMANENCIA EN HOSPITAL \_\_\_\_\_

ASMA \_\_\_\_\_

SI ASÍ ES, NOMBRE DEL HOSPITAL \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_

RAZÓN POR HOSPITALIZACIÓN \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR: EN CASA /ESCUELA \_\_\_\_\_

PROBLEMA DE LA VISTA \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD DE LOS PULMONES \_\_\_\_\_

LENTES/DE CONTACTO \_\_\_\_\_

DIABETES \_\_\_\_\_

PROBLEMA AUDITIVO \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD DE LOS RIÑONES \_\_\_\_\_

AUDÍFONOS \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD DEL CORAZÓN/SOPLO \_\_\_\_\_

CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

HISTORIAL FAMILIAR DE ENFERMEDADES DE CORAZÓN \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

ATAQUES EPILÉPTICOS/CONVULSIONES \_\_\_\_\_

CUALQUIER LIMITACIÓN FÍSICA \_\_\_\_\_

¿SU HIJO/A PUEDE PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES INCLUSIVE LAS DE GIMNASIO / NATACIÓN? \_\_\_\_\_

Estas afirmaciones son verdaderas según mi conocimiento. Doy permiso para que el personal de salud de la escuela se ponga en contacto con el Médico ya mencionado para cualquier información de salud que sea necesaria.

FIRMA DEL PADRE/REPRESENTANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_