



**CUESTIONARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE-** Estudiantes de Primaria que regresan y los estudiantes que están en grados 6-12

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ # de Identificación Estudiantil \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Número(s) de Teléfono(s) \_\_\_\_\_  
 Nombre de Madre/Tutora: \_\_\_\_\_ Número(s) de Teléfono(s) \_\_\_\_\_  
 Nombre de Médico Principal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_  
 Nombre de Médico Especialista: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_  
 Nombre de Dentista: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_  
 Nombre de Terapeuta de Salud Mental: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_  
 Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_  Medicaid \_\_\_\_\_  CHP+ \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_

**\*PERMISOS DE SALUD\***

- Sí / No** Doy permiso para que mi niño/a sea tratado con **Acetaminofén** (sin aspirina) para dolor o fiebre.  
**Sí / No** Doy permiso para que mi niño/a sea tratado con los siguientes artículos aprobados de **primeros auxilios sin receta**: loción de calamina, pomada de cortisona, jarabe antiácido (12 años o más), jabón antibacteriano y alcohol para limpieza, pomada de antibiótico, Carmex y vaselina para labios resecos, crema eucerin, loción crema, gárgaras de agua salada, Gel oral (para dolor bucal o de dientes, lligas bucales). (Si usted tiene objeción al uso de alguno de estos artículos, por favor envíe una nota a la enfermera escolar de su niño declarando por qué no debe usarse el medicamento. De otra manera interpretaremos esto como un permiso para todo lo mencionado anteriormente).  
**Sí / No** Doy permiso para que la enfermería de la escuela **comparta información de salud** con el personal de la escuela que necesita saber.

- Por favor indique cualquier diagnóstico médico, preocupación de la vista, audición, habla, dental, aprendizaje, social o psicológico sobre su niño PASADO o PRESENTE (incluya fechas y a médicos si es posible) \_\_\_\_\_
  - ¿Tiene su niño/a?: Lentes \_\_\_\_\_ Aparato(s) Auditivo(s) \_\_\_\_\_ Frenos de Ortodoncia \_\_\_\_\_ Otro Equipo \_\_\_\_\_
  - Por favor describa alguna limitación de actividad \_\_\_\_\_
  - De la última revisión física o dental de su niño/a, por favor indique alguna preocupación que haya sido discutida \_\_\_\_\_
  - En los últimos años, ha tenido su niño/a:  
 ¿Alguna enfermedad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si indicó que sí, por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna herida? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si indicó que sí, por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna hospitalización? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si indicó que sí, por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna alergia? (alimento, medicina, ambiental) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. Si indicó que sí, por favor describa \_\_\_\_\_  
 Si su niño tiene alergias, ¿usa antihistamínico o un auto-inyector de epinefrina para tratamiento de reacciones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  - ¿Toma en casa su niño/a alguna medicina todos los días? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. Si indicó que sí, por favor enliste el nombre de la medicina, el objeto de la medicina, dosis y hora en que se la dan en casa. \_\_\_\_\_
- ¿Necesitará su niño/a alguna medicina diaria o medicamento de rescate/emergencia en la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. (Si indicó que sí, por favor comuníquese con la secretaria de enfermería en la escuela para obtener las formas de autorización del médico para las medicinas en la escuela).
- ¿Alguna vez su niño/a ha tenido alguno de lo siguiente? Terapia de Habla y Lenguaje \_\_\_\_\_ Terapia Ocupacional \_\_\_\_\_ Terapia Física \_\_\_\_\_ Terapia de Salud Mental \_\_\_\_\_ Preocupaciones del Comportamiento \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
  - Si usted desea hablar con la enfermera registrada de consulta de la escuela, por favor comuníquese a la enfermería de su escuela.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_