



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO



VALORACIÓN de SALUD

Ciclo Escolar: _____

Al Padre o Tutor:

El propósito de este formulario es proveerle a la enfermera escolar con mayores informes acerca de las necesidades de salud de su hijo. La enfermera escolar pueda contactarle para más información, la cual es esencial para satisfacer las necesidades de su hijo.

Esta información se mantendrá confidencial.

FAVOR de llenar ambos lados (Regrése a la enfermera escolar)

Nombre del estudiante (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Escuela
---	---------------------	------	---------

Domicilio (Calle) _____

Teléfono de casa:	Teléfono Celular:	Teléfono adicional:	Grado	Maestro/Aula
-------------------	-------------------	---------------------	-------	--------------

Nombre del Padre/Tutor (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Teléfono de trabajo:
--	----------------------

Transporte

Bus -Número de Bus: _____ Auto Bus Especial Guardería

Sección I- Información de la Salud

Lugar en que su hijo recibe atención médica: Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Departamento de Salud <input type="checkbox"/> Hospital Clínica <input type="checkbox"/> Ningún lugar regular <input type="checkbox"/> Doctor Privado /HMO	El seguro médico de su hijo: <input type="checkbox"/> ALL KIDS <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Seguro Privado	Lugar en que su hijo recibe atención dental: Nombre del dentista _____ Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Departamento de Salud <input type="checkbox"/> Hospital Clínica <input type="checkbox"/> Ningún lugar regular <input type="checkbox"/> Dentista Privado/HMO
---	---	---

Hospital de preferencia: _____

Sección II – Historial Médico /Equipo Médico /Procedimiento Requeridos en la escuela

<input type="checkbox"/> Catéter	<input type="checkbox"/> Tubo gástrico	<input type="checkbox"/> Nebulizador-tratamientos	<input type="checkbox"/> Oxígeno-Suplemento	<input type="checkbox"/> Traqueotomía
<input type="checkbox"/> Estimulador del nervio vago (VNS)	<input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Andadera	
<input type="checkbox"/> Otro Favor de explicar:				

Los medicamentos y procedimientos en la escuela requieren el Formulario de Autorización del Padre o quien Prescribe (uno por cada medicamento o procedimiento) Favor de ver a la enfermera escolar.

Favor de llenar el reverso (Requiere Firma)





SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO



VALORACIÓN DE SALUD

Ciclo Escolar: _____

Sección III—Historial Médico

Form with multiple rows for medical history, including sections for allergies, diabetes, dental issues, and various chronic conditions. Each row starts with 'SI' and 'NO' checkboxes.

Firmas requeridas

Signature lines for 'Firma del padre(s) o tutor:' and 'Firma de la enfermera:' with corresponding date fields.