



# SOUTH WESTERN SCHOOL DISTRICT

225 Bowman Road, Hanover, Pennsylvania 17331-4297 (717) 632-2500

## HISTORIA DE LA SALUD

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La información solicitada en este formulario será de ayuda a la escuela para determinar el estado de salud de su hijo/a para que el/ella recibir el máximo beneficio de su / su oportunidad educativa.

1. Nombre de child \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

2. Dirección \_\_\_\_\_ Sexo    M    F  
Teléfono # \_\_\_\_\_

3. Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

4. Nombre Padre / Guardián \_\_\_\_\_

5. Name de la Madre \_\_\_\_\_

6. Nombre de Soltera \_\_\_\_\_

7. El niño vive con ambos padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

8. Persona con quien vive el niño (si no es el padre) \_\_\_\_\_

9. Cantidad de niños en familia \_\_\_\_\_

10. La persona a ser llamada en caso de una emergencia \_\_\_\_\_  
Teléfono # \_\_\_\_\_

11. Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

12. Por favor, compruebe si su hijo/a ha tenido las siguientes enfermedades:

Varicela \_\_\_\_\_ Fiebre reumática \_\_\_\_\_ Fiebre Escarlata \_\_\_\_\_

Tuberculosis \_\_\_\_\_ Sarampión \_\_\_\_\_

13. Última escuela que asistió \_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_ Dirección

14. ¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes? Detalle:

ADD / ADHD \_\_\_\_\_ medicamento \_\_\_\_\_

Allergy \_\_\_\_\_

Asthma \_\_\_\_\_ medicamento \_\_\_\_\_

Reacción a las picadas de abeja \_\_\_\_\_

Infecciones del oído / tuvos \_\_\_\_\_

Problemas Emocionales \_\_\_\_\_

Heridas en la cabeza \_\_\_\_\_

Cirugía ( nota) \_\_\_\_\_

Enfermedades recurentes \_\_\_\_\_

Accidentes grave \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

15. ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo, el parto o el desarrollo de este niño? Explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. ¿Está su hijo actualmente bajo tratamiento médico o tomando medicamentos? \_\_\_\_\_ Explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. ¿Su hijo usa lentes? \_\_\_\_\_

18. ¿Su hijo tiene problema auditivo? \_\_\_\_\_

19. Enumere cualquier enfermedad o problema de salud que usted y su médico crea que las autoridades escolares deban saber

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Registrador

Todos los artículos deben ser manejados de acuerdo con la política del distrito frente a la colección, conservación, y difusión de los documentos. Esta política se basa en el respeto de los derechos de los individuos.

Revisado 3/10