

ESCUELA DEL SANTO ROSARIO
HOJA DE INFORMACION DE SALUD

Queridos Padres de familia,

La siguiente informacion es usada para promover y proteger la salud de nuestros estudiantes. Por favor marque "si" o "no". Mencione el año y sea especifico cuando sea necesario.

ESTUDIANTE _____ M/F ____ Fecha de Nac. _____

GRADO _____ DIRECCION _____

NOMBRE DE LOS PADRES _____

FECHA DE HOY _____

HISTORIAL DE ENFERMEDADES O INCAPACIDADES PRESENTES Y DEL PASADO

ENFERMEDAD O INCAPACIDAD	SI/NO	Año	POR FAVOR ESPECIFIQUE
Diabetes (Estudiante)	SI/NO		
Diabetes (historial familiar)	S/NO		
Riñones u otro Problema de orina	SI/NO		
Problamas del Corazon	SI/NO		
Fiebre Escarlata	SI/NO		
Problamas epilepticos	SI/NO		
Golpes severos en la cabeza	SI/NO		
Otras lastimaduras o enfermedades	SI/NO		
Chicken Pox Sarampion	SI/NO		
Alergias	SI/NO		
Fiebre o alergias por el pasto	SI/NO		
Asthma	SI/NO		
Infecciones del oido frecuentes	SI/NO		
Inflamacion de las anginas frecuentes	SI/NO		
Anginas Removidas	SI/NO		
Incapacidades ortopedicas, oido, vision, etc.	SI/NO		
Otras enfermedades o problemas de salud, operaciones	SI/NO		
Hospitalizacion	SI/NO		
El estudiante usa lentes/contacts?	SI/NO		
El estudiante toma medicamentos?	SI/NO		

Doctor _____ Dentista _____

Ha estado el estudiante en otras escuelas de Idaho Falls o de otras areas anteriormente?

Si/No _____

Si es asi, DONDE _____ CUANDO _____

Gracias,
Elizabeth M. Conrad, B.S, R.N., NBCSN
Enfermera de la Escuela