

Distrito Escolar de la Unidad Comunitaria 303

Encuesta para Servicios de Salud

Para mejor servir a nuestros estudiantes, le pedimos que usted provea la siguiente información de salud.

1. ¿Ha sufrido su hijo/a una enfermedad, herida o procedimiento quirúrgico serio este año pasado? Si contestó en lo afirmativo, por favor dé detalles:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia/sensibilidad que le puede afectar a él o ella en la escuela? Si contestó en lo afirmativo, por favor dé detalles:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es la alergia de su hijo/a tan severa que pueda llegar a apelar su vida? Por favor anote todos los medicamentos que se le hayan recetado a su hijo/a para la alergia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene su hijo/a asma? ¿Es el asma de su hijo/a leve, moderada o seria? <i>Por favor circule uno</i> ¿El asma es provocada a su hijo/a por cambios de temporada, ejercicio, enfermedad, alergias? <i>Circule todo lo que aplique</i> Por favor anote todos los medicamentos que se le hayan recetado a su hijo/a para el asma:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene su hijo/a un historial de convulsiones? Si contestó sí, explique por favor la naturaleza del historial de convulsiones de su hijo/a:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo/a? Por favor anote todos los medicamentos para convulsiones que se le hayan recetado a su hijo/a:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene su hijo/a un historial de condición cardíaca? Si contestó sí, por favor explique la naturaleza del historial de condición cardíaca de su hijo/a:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está su hijo/a actualmente bajo el cuidado de un cardiólogo? Por favor anote todos los medicamentos cardíacos que tome su hijo/a:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene su hijo/a alguna otra preocupación de salud; física, emocional o relacionada a la atención que pueda impactarlo/a mientras está en la escuela? Si contestó sí, por favor dé detalles:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene su hijo/a que tomar medicamentos en casa o requiere medicina, está restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Usa su hijo/a lentes/contactos o tiene algún impedimento visual? Si contestó sí, por favor explique la naturaleza del impedimento visual:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Sabe usted si su hijo/a tiene alguna pérdida de audición, tubos en los oídos o infecciones de oído frecuentes? Si contestó sí, por favor explique la naturaleza, y frecuencia de la dificultad auditiva de su hijo/a:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Mantendremos esta información confidencial y sólo la compartiremos con el personal educativo según sea necesario.

Por favor comuníquese con la enfermera de la escuela si no desea que se comparta esta información.

Encontrará información y formularios de salud bajo "Health Services" en www.d303.org

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Firma del padre/guardián: _____ Año Escolar: 2016-17