



**School District of Springfield Twp.**  
 MARQUE LO SIGUIENTE SI CORRESPONDE A SU HIJO

**MARQUE AQUÍ SI NO HAY PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS.....**

**VISTA**

Usa lentes  Los debe usar en todo momento

Usa lentes de contacto  Los debe usar en todo momento

Necesita asiento preferencial  Fecha de último examen ocular: \_\_\_\_\_

Bajo el cuidado del PCP o médico especialista \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**OÍDOS**

¿Tiene un problema auditivo?  ¿Tiene tubos en los oídos?  ¿Usa audífonos?

Necesita asiento preferencial

Bajo el cuidado del proveedor de atención primaria o especialista médico \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**HERMANOS Y HERMANAS**

	NOMBRE	ESCUELA A LA QUE ASISTEN	GRADO
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

**INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD**

1. Presenta las siguientes afecciones:

Epilepsia.....  Desmayos.....  Diabetes .....

Hiperactividad (ADHD) ....  Enfermedad cardíaca  Migrañas.....

Asma .....

¿Alguna de las afecciones antedichas son de riesgo vital?  Sí  No Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias (describa):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reacción alérgica a las picaduras de insectos/alimentos (describa):

\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Indique el o los medicamentos recetados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dosis actual: \_\_\_\_\_

Para (diagnóstico): \_\_\_\_\_

¿El fármaco debe tomarse en horario escolar?  Sí  No

Recetado por el PCP o especialista médico \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

3. Presenta un problema físico que limita su participación en:

Actividades en la sala de clases  Educación física

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bajo el cuidado del PCP o médico especialista \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

4. Fecha de última inyección contra el tétanos \_\_\_\_\_