



# Distrito Escolar Unificado de Santa Paula

## Expediente de Salud del Estudiante

### 2019 - 2020

**Por favor complete la siguiente información.**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_ Niño \_\_\_ Niña

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Padre/Gaurdián Número Telefónico de Casa: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Padre/Gaurdián Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Hermanos/as y el nombre de la escuela donde asisten: \_\_\_\_\_

**Información Médica:** Marque todas las que apliquen:

- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anorexia   | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/Migrañas                       | <input type="checkbox"/> 504 Plan |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad   | <input type="checkbox"/> Condición del Corazón                          | <input type="checkbox"/> IEP      |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta                          |                                   |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger   | <input type="checkbox"/> Condiciones Mentales                           |                                   |
| <input type="checkbox"/> ADD (Trastorno de Atención)                                | <input type="checkbox"/> Sangra de la Nariz                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> ADHD (Trastorno de Atención con Hiperactividad)            | <input type="checkbox"/> Escoliosis                                     |                                   |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar  | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo                           |                                   |
| <input type="checkbox"/> Bulimia  | <input type="checkbox"/> Condición de la Piel                           |                                   |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral   | <input type="checkbox"/> Condición del Habla                            |                                   |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones   | <input type="checkbox"/> Paperas/Infección de Garganta                  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión (Lentes _____)             |                                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo I/II)                                       | <input type="checkbox"/> Problemas del oído (Asistencia auditiva _____) |                                   |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del Oído                                       | <input type="checkbox"/> Otro(s) _____                                  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Limitaciones Físicas o Restricciones para educación física |   |                                   |

**Alergias:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicamento: _____                            | Requiere Benadryl o Defensa de Epinefrina: _____ |
| <input type="checkbox"/> Comida: _____                                 | Requiere Benadryl o Defensa de Epinefrina: _____ |
| <input type="checkbox"/> Picaduras de Abeja                            | Requiere Benadryl o Defensa de Epinefrina: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ambiental (pasto, polen, animales domésticos) | Requiere Benadryl o Defensa de Epinefrina: _____ |

Escriba todos los medicamentos que su hijo/a toma diariamente: \_\_\_\_\_

(Si el medicamento necesita ser administrado en la escuela, la forma de Administrar Medicamento(s) TIENE que completarse por el doctor de su hijo/a y el medicamento tiene que ser LLEVADO a escuela en el recipiente original).

Nombre del Doctor / Clínica: \_\_\_\_\_ Número de Tel.: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_