

Distrito Escolar Comunitario 303

Encuesta de Servicios de Salud

En un esfuerzo para servir mejor a nuestros estudiantes, pedimos que Ud. provea información corriente.

1. ¿Ha tenido su niño(a) una enfermedad o herida seria, o una operación (quirúrgica) durante el año pasado? Si la respuesta es Sí, por favor explique:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Requiere su niño medicina, restricciones o acomodaciones especiales en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene su niño(a) una alergia o sensibilidad que le puede afectar en escuela? Si la respuesta es Sí, por favor explique:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se considera que la alergia de su niño(a) pueda poner en riesgo su vida? Por favor anote todas las medicinas que su hijo(a) toma que son prescritas por un doctor:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Requiere su niño(a) medicina, restricciones, o acomodaciones especiales en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3 ¿Tiene su hijo(a) asma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La asma de su hijo(a) es leve, regular, o severa? <i>Por favor circule una</i> ¿Es el asma de su hijo (a) inducida por la temporada, por el ejercicio, o de enfermedad? <i>Circule todas las que apliquen</i> Por favor anote todas las medicinas que su hijo(a) toma para el asma:	
¿Requiere su niño(a) medicina, restricciones, o acomodaciones especiales en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene su hijo(a) antecedentes de ataques? Si la respuesta es sí, por favor explique la naturaleza de los ataques de su hijo(a):	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuándo tuvo es último ataque? Por favor anote todas las medicinas que su hijo(a) está tomando para los ataques por ahora:	
¿Requiere su niño(a) medicina, restricciones, o acomodaciones especiales en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene su hijo(a) antecedentes de ataques? Si la respuesta es sí, por favor explique la naturaleza de los ataques:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Esta su hijo bajo el cuidado de un doctor? Por favor anote todas las medicinas que su hijo(a) está tomando :	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Requiere su niño(a) medicina, restricciones, o acomodaciones especiales en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.¿Tiene su hijo(a) otros problemas de salud, físicos o emocionales que le puedan afectar en la escuela? Si la respuesta es sí, por favor explique	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Requiere su niño(a) medicina, restricciones, o acomodaciones especiales en la escuela?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7¿Usa su hijo(a) lentes/de contactos o tiene problemas de la visión Si la respuesta es sí, por favor explique la naturaleza de sus problemas visuales:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene su hijo(a) perdida de oído, tubos en los oídos o frecuentes infecciones en el oído? Si la respuesta es sí, por favor explique la naturaleza y frecuencia de los problemas de oído:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Esta información se mantendrá confidencial y únicamente será compartida con el personal de educación que la necesite

Por favor dígame a la enfermera de la escuela si esta información no debe ser compartida.

La información de salud y formas de salud están disponibles en www.d303.org

Nombre de Estudiante _____

Grado _____

Firma de Padre o Tutor Legal: _____

Año Escolar: _____