

## Historial Medico

Esta forma esta designada para cubrir las necesidades individuales de los niños en nuestro programa. Esto se logra mediante planificación mutua por parte de los padres y el personal en el momento de admisión, así como la comunicación continua a través de la participación de cada niño en el programa. El Distrito Escolar South Bay Union y afiliados oficiales de la comunidad no proporcionan seguros médicos a los participantes por lesiones que puedan surgir durante su participación en nuestros Programas Antes y Después de Clases.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Vive el padre en casa con el estudiante?  Si  No                      Vive la madre en casa con el estudiante?  Yes  No

### Información de emergencia:

Médico familiar \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor medico \_\_\_\_\_ Numero de registro médico del niño/a \_\_\_\_\_

Su hijo tiene alguna condición medica o alergia? Si es así, favor de enumerarlas: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen médico físico: \_\_\_\_\_

Si su respuesta es "Si" En algunas de las preguntas en la Sección I a la V, por favor complete un formulario de plan de servicio.

#### **Sección I. Cuidado antes y después de escuela.**

- Si  No Hay algún problema con que su hijo participe en actividades físicas?  
 Si  No Hay algún problema con que su hijo sea trasportado a pacesos sin equipo especial?

#### **Sección II. Meriendas y comidas (La política de bienestar del distrito se aplica estrictamente en el programa.)**

- Si  No Tiene su niño alergias a algún alimento?  
Si es así, por favor complete una carta médica y entrégala al empleado de salud del sitio escolar.

Lista de comidas: \_\_\_\_\_

- Si  No Tiene su niño reacción o alergias a algún medicamento?

Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

#### **Sección III. MEDICAMENTO (Apegándonos a la póliza Del distrito, el personal NO administrara medicamentos.)**

- Si  No Su niño/a toma medicamento recetado? Si es así, mencione nombre y efectos secundarios?

\_\_\_\_\_

Si  No Es necesario un aparato especial para administrar este medicamento? Si es así, Mencione cuál?

\_\_\_\_\_

#### **Sección IV.**

##### **Esta su hijo sujeto a:**

- Si  No Frio  
 Si  No Dolor de garganta  
 Si  No Sensación de desmayo  
 Si  No Bronquitis  
 S  No Convulsiones  
 Si  No Cólicos  
 Si  No Alergias

#### **Sección V. Tiene o ha tenido su hijo alguna vez:**

- Si  No Problemas del corazón  
 Si  No Asma  
 Si  No Problema de pulmones  
 Si  No Sinusitis  
 Si  No Hernia (ruptura)  
 Si  No Apendicitis  
 Si  No Se ha removido la apéndice

Hay un diagnóstico médico para la condición de su hijo que requiere acomodaciones? \_\_\_\_\_

Evaluación de los padres sobre la personalidad del niño/a: \_\_\_\_\_

Como se lleva el niño/a con los padres, hermanos, hermanas, y otros niños/a? \_\_\_\_\_

El niño/a tiene algún problema especial/miedos/necesidades? (Explique) \_\_\_\_\_

Este estudiante ha recibido alguna educación especial durante el año escolar? (Ejemplo: IEP o 504 Plan)  Si  No \_\_\_\_\_

Si es así, por favor explique el servicio que se le proporciono a su hijo/a? \_\_\_\_\_

Cuál es el lenguaje primario que se le habla al niño/a en casa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**