

## Distrito Escolar Unificado de Orange Inventario con respecto a la salud del Estudiante

Fecha \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante

Nino

Nina

Apellido

1er. Nombre

2o. Nombre

Ultima Escuela a la que asistio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

CONDICION DE SALUD	NO	SI	DESCRIBA SI LA RESPUESTA ES SI	NO	SI
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergico A:		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/></li> <li>• Tipo y/o causa del ataque de asma:</li> <li>• Toma medicamento diario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Si Toma, especifique el medicamento:</li> <li>• Toma medicamento de emergencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Si Toma, especifique el medicamento:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a la picadura de abeja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesita pastilla de antihistaminica si es picado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Necesita una inyeccion de adrenalina si es picado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha recibido cuidado dental <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Fecha del ultimo examen dental:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene exámenes de sangre diarios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Recibe una inyeccion de clucagon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeccion de oidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/></li> <li>• Bajo cuidado medico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Fecha de ultimo examen dental:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma medicamento diariamente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Si toma, especifique medicamento:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condicion del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo cuidado medico: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Especifique restricciones que deba tener en la escuela:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema ortopedico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo cuidado medico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Especifique restricciones que deba tener en la escuela:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golpe serio ahora o en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique:</li> </ul>		
Otras enfermedades de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique:</li> <li>• Toma medicamento diario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Si toma, especifique medicamento:</li> <li>• Toma medicamento de emergencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>- Si toma, especifique medicamento:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugias/Operaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique:</li> </ul>		
Tiene una condicion de salud que le impide participar en educacion fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por favor especifique condicion y limitaciones:</li> <li>• Especifique:</li> </ul>		
Tiene dificultad de ver de lejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa anteojos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Fecha de la ultima visita con el oftalmologo:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultad de ver de cerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa anteojos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Fecha de la ultima visita con el oftalmologo:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultad en oir bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa aparatos para oir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>• Especifique cualquier necesidad en la escuela:</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especifique problema y cualquier medicamento:</li> </ul>		