

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ALUMNO/A

Nombre del alumno/a _____

Para el año escolar _____ Grado _____

Nombre del padre _____ número de teléfono _____

OPINIÓN DE LOS PADRES Y/O TUTORES SOBRE LA SALUD DE SU NIÑO/A

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo o hija:

1. ¿Sufre su hijo/a de un problema de salud que podría resultar en una emergencia en el aula? Sí _____ No _____
 - a. ¿Tiene reacciones alérgicas? Sí _____ No _____
¿A qué le tiene alergia? _____
 - b. ¿Tiene asma? Sí _____ No _____
 - c. ¿Tiene epilepsia? Sí _____ No _____
Medicamentos que toma: _____
 - d. ¿Tiene diabetes? Sí _____ No _____
 - e. ¿Tiene problemas cardíacos? Sí _____ No _____
Describir: _____
2. ¿Actualmente, está su hijo/a en tratamiento médico por un problema de salud o porque se le ha prescrito un medicamento? Sí _____ No _____
Si así es, por favor nombre la enfermedad y/o medicamento recetado: _____
3. ¿Usa su hijo/a anteojos? _____ ¿Usa lentes de contacto? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Sí _____ No _____
¿Cuándo fue la última vez que cambió la receta de sus anteojos o lentes de contacto? _____
4. ¿Ha tenido su hijo/a una pérdida del oído recientemente? Sí _____ No _____
¿Ha tenido su hijo/a una infección de oído el año pasado? Sí _____ No _____
5. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una lesión tan grave que haya afectado su asistencia a la escuela? Sí _____ No _____
Si es que sí, por favor explicar: _____
6. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a operaciones serias (cirugía mayor)? Sí _____ No _____
Si es que sí, por favor explicar: _____
7. ¿Tiene problemas mentales o emocionales que puedan afectar sus estudios? Sí _____ No _____
Si es que sí, por favor explicar: _____
8. ¿Ha tenido su hijo/a un examen dental el año pasado? Sí _____ No _____
9. ¿Ha tenido su hijo/a un examen médico (chequeo general) el año pasado? Sí _____ No _____
10. ¿Tiene su hijo/a un problema del habla o del lenguaje? Sí _____ No _____
Si así es, por favor explicar: _____
11. ¿Necesita su hijo/a limitar su actividad física? Sin restricciones _____ Limitada _____
Si debe limitar su actividad física, por favor explicar por qué: _____
12. Otros comentarios sobre su salud: _____

Firma del padre, madre o tutor

Fecha