

## FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ALUMNO/A – 2018-19

Nombre del alumno/a

Grado en 2017-18

### 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?      Sí      No      ¿Usa lentes de contacto?      ¿Hace cuánto tiempo?  
 ¿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? Si es que sí, por favor explicar: Sí      No
  
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