

LaSalle Elementaria Escuela Distrito 122 Information de Salud

Esta información es compartida con 911 en caso de emergencia. Complete en Inglés por favor.

Grado: Pre-K K 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th

Nombre de estudiante: _____

Domicilio: _____

Telefono Casa: _____ Telefono Trabajo : _____ Celular: _____

Fecha Nacimiento: _____ Genero: Hombre Hembra Doctor Familiar: _____

Por favor marque lo que aplique para el estudiante:

		Comentario/Explication
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma Information:
Si, tiene un inhalador en la escuela?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Alergias medicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reaction:
Alergias de comida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reaction:
Alergias de cambio de tiempo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Defectos de la sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Defectos de los huesos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problemas de oidos/orejas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Audifonos: <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Oído Derecho
Problemas de ojos/vista	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	si, por favor marque: <input type="checkbox"/> Lentes de uso constante <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/> Distancia
Problemas de corazón/pulmones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	si, por favor marque: <input type="checkbox"/> Grand Mal <input type="checkbox"/> Petit Mal <input type="checkbox"/> Febril Ultimo fecha de convulsion:
Grave herira	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Hospitalization	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____ Razon: _____
Cirurgia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____ Razon: _____
Otras preocupaciones de salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Medicinas: Por favor ponga todas la medicinas que su estudiante tome regularmente en casa o la escuela

Medicina	Proposito	Frecuencia	Dosis

Yo, el padre del estudiante de arriba, doy consentimiento para LaSalle Elementaria Escuela Distrito 122 para intercambiar (dar/recibir) information confidential de salud con mi hijo (a) proveedor(es) de salud y el ICARE Inmunizaciones Registro. Este consentimiento se expirar 1 año de la fecha firmada.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____