

CUESTIONARIO DE LA ESCUELA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____
Escuela _____ Grado _____
Nombre de la persona que está llenando este cuestionario _____
Relación con el Estudiante _____ Nombre del Médico/Clínica _____

Estatus del Seguro: (Marque uno) Actualmente Asegurado Medicaid No tiene Seguro Si no tiene seguro o si tiene un deducible alto, ¿Quiere obtener información sobre los recursos médicos de la comunidad?
(Marque uno) Sí No

1. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) tuvo un examen médico rutinario? Fecha _____
2. ¿Ha estado preocupado alguna vez de la edad en que su hijo(a) empezó a:
Gatear _____ Caminar _____ Hablar _____ Entrenamiento para ir al Baño _____
(Por favor, escriba no o sí en todas las secciones)
3. ¿Existen algunos problemas mayores de salud en la familia? No _____ Sí _____
Si es así, por favor escriba su comentario:
4. ¿Tiene su hijo(a) alguna condición de salud crónica? No _____ Sí _____
Si es así, (a) ¿Cuál es esta condición?

(b) ¿Sigue en tratamiento? No _____ Sí _____

(c) ¿Pueden ser de ayuda los servicios de salud de la escuela? No _____ Sí _____
Si es así, por favor escriba su comentario:
5. ¿Ha tenido su hijo(a) alguna enfermedad, operación o lesión seria? No _____ Sí _____
Si es así, ¿Sigue el/ella en tratamiento? No _____ Sí _____
(b) ¿Pueden ser de ayuda los servicios de salud de la escuela? No _____ Sí _____
Si es así, por favor escriba su comentario:
6. ¿Ha tenido su hijo(a) algún problema de visión? No _____ Sí _____
¿Ha tenido su hijo(a) algún problema de audición? No _____ Sí _____
Si es así, por favor escriba su comentario:
7. ¿Está su hijo(a) tomando algún medicamento? No _____ Sí _____
Si es así, por favor indique el nombre del medicamento y la razón por la cual fue recetado:

¿Se le tiene que dar este medicamento en la escuela? No _____ Sí _____
Si es así, por favor solicite un formulario de "Permiso para Tomar Medicamentos en la Escuela"
8. ¿Tiene su hijo(a) alguna discapacidad? ¿Algunas limitaciones? No _____ Sí _____
Si es así, por favor indique el problema(s)
9. ¿Necesita su hijo(a) atención especial debido a problemas de salud? No _____ Sí _____
Si es así, por favor, escriba su comentario.

Yo doy permiso para que la información contenida en este formulario sea compartida con los adultos de la escuela que van a trabajar con mi hijo(a).

Fecha _____

Firma del Padre/Madre _____