

Plainfield Community Consolidated School District 202

We prepare learners for the future.



Administration Center

15732 Howard Street
Plainfield, IL 60544

(815) 577-4000 – telephone
(815) 436-7824 – main fax
Web: www.psd202.org

Historial de Salud del Estudiante

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nac: _____ Número de tel.: _____

Nombre del Médico: _____

(Si marca SÍ en cualquier categoría, por favor explique su respuesta)

#	Problemas de salud	Sí o No	Explicación & Comentarios
1	Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	*Utiliza EpiPen	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	*Utiliza inhalador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día <input type="checkbox"/> En deportes
	*Utiliza inhalador en la escuela	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3	Problemas en la sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4	Medicamento diario	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	*Nombre del medicamento(s)	En el hogar	
	<i>Para medicamentos en la escuela se REQUIRE el formulario de autorización para medicamento</i>	En la escuela	
5	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
6	Problemas de oído / audición	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
7	Lentes / Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Último examen de la vista:
8	Problemas con los ojos /visión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
9	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
10	Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Edad:
11	Inquietudes de salud mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
12	Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
13	Restricciones físicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
14	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
15	Heridas graves	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Edad:
16	Cirugía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Edad:
17	Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Proveo esta información para que sea compartida apropiadamente con el personal escolar y de emergencia para propósitos de salud y educativos.

Firma del padre/tutor

Fecha