

**ASTORIA SCHOOL DISTRICT
STUDENT HEALTH QUESTIONNAIRE**

Fecha: _____

Grado: _____

Nombre: _____

Apellido

primer

segundo apellido

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Proveedor de servicios Médicos: _____

Fecha del último examen: _____

Dentista _____: Fecha del último examen _____

Círculo las siguientes condiciones que se refieren al estudiante:

Alergias Si No Los animales, los alimentos, las drogas? Por favor
Favor lístalos _____

Requiere medicación de urgencia? Sí No

Alergia a veneno de abeja Si No

Lista de los medicamentos _____

Describir reacción _____

Respiración de dificultad? Si No

Necesita Medicación de Emergencia? Si No

Liste la medicación: _____

El asma Si No

Activado por? _____

Tratamiento _____

Fecha diagnosticado por el doctor _____

Diabetes Si No

Toma la insulina? Si No

Fecha del diagnosticado _____

**Epilepsia/
Convulsiones** Si No

Describir los convulsiones _____

Fecha de la última convulsión _____

Actualmente está en el cuidado del doctor Si No

Lista de los medicamentos _____

Afección Cardíaca Si No

Describir
Cualquier restricción física? _____

Lista de los medicamentos _____

Riñón y Vejiga Sí No

Infecciones Crónicas? Sí No

Ojos

Gafas Ojos/ Contactos Fecha del

Ultimo examen: _____

Nombre de la visión medica: _____

Otros problemas de los ojos: _____

Oídos Dificultad para oír
Audífonos
Tubos

Si No Explica: _____

Si No derecha/izquierda

Si No Fecha insertado _____

Mental/ Emocional Problemas Si No depresión fobias Comportamiento Violento ADHD Preocupación Excesiva Dolor de cabeza Frecuente ADD
 Actualmente está en el cuidado del doctor? Si No

Nombre del proveedor de Salud Mental _____

Lista de medicamento _____

Otro (por favor describa):

Cáncer: Sitio y fecha Diagnosticada _____

Dolor de estómago severo o úlceras _____

Desorden de Sangre: _____

Sangre de la nariz: _____

Un Herida grave de la cabeza / Conmoción cerebral - Fecha de herida: _____

Las Problemas con su huesos: _____

Problemas del piel: _____

Liste enfermedades grave / hedías / cirugías & fecha: _____

Liste Medicamentos diarias abajo:

Medicamentos	Razón de tomar	Dosis	Tomada en casa o escuela

*** Si el estudiante requiere la medicación en la escuela, por favor obtenga las formas apropiadas en la oficina de la escuela.**

Una autorización para revelar información de salud protegida debe esta en el archivo del estudiante antes de que el personal de la escuela puede comunicarse con el medico firmo. Por favor, consulté el consejero escolar o enfermera para forma apropiad.

Autorización para el tratamiento medico de Emergencia

Entiendo que la información dada anteriormente será compartida con el personal apropiado de la escuela para proveer para la salud y la seguridad de mi hijo. Si yo o una persona de contacto de emergencia autorizado no pueda ser localizado en el momento de una emergencia medica, autorizó a personal de la escuela y directos a enviar a mi hijo al hospital mas fácil acceso o en una clínica de atención de urgencia. Yo entiendo que voy a asumir toda la responsabilidad por el pago de cualquier transporte o los servicios médicos de urgencia prestados.

Firma de Padre/Guarda Legal

Contacto Telefónico *

Fecha