

**DISTRITO ESCOLAR ONTARIO-MONTCLAIR  
SERVICIOS DE SALUD  
INVENTARIO DE SALUD**

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  M  F \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Género Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 Domicilio Ciudad, estado Teléfono

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 Última escuela a la que asistió Ciudad, estado Escuela del Distrito Escolar Ontario-Montclair a la que asistió previamente

Nombre del médico familiar o plan de salud \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_

El niño vive con:  el padre  la madre  madrastra  padrastro  padre adoptivo  abuelo

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD**

- |                             | Sí                       | No                       |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Viruela                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sarampión alemán (3 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sarampión rojo (10 días)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fiebre escarlata          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dolor de oídos            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CRÓNICAS ENFERMEDADES/ALÉRGICAS**

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Reacción alérgica a la picadura de insectos        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GRAVE _____ Leve _____                               |                          |                          |
| • Cualquier otra alergia                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, por favor explique _____                  |                          |                          |
| Enumere todas los medicamentos para la alergia _____ |                          |                          |

**PROBLEMAS MÉDICOS/DE SALUD**

(Si es sí, por favor explique a continuación)

- |                    |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Visión           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Usa anteojos     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dentales         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Audición         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Usa audífonos    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cardiacos        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pulmonares       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Renales/vejiga   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Huesos/coyuntura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si es sí para cualquiera de las anteriores, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Otra discapacidad física? \_\_\_\_\_

Enumere **TODOS** los medicamentos que está tomando en Este momento \_\_\_\_\_

Otra información de salud que podría ser útil para la enfermera escolar \_\_\_\_\_

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Asma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Convulsiones   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es sí para cualquiera de los anteriores, por favor explique _____ |                          |                          |

**INDIQUE A CONTINUACIÓN EL AÑO EN QUE OCURRIÓ CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES**

- ¿Lesiones/enfermedades/accidentes graves? (Explique e indique fechas) \_\_\_\_\_
- ¿Alguna cirugía? (Explique e indique fechas) \_\_\_\_\_

- Alguna hospitalización (Explique e indique fechas) \_\_\_\_\_

- Examen de tuberculosis \_\_\_\_\_  Positivo  Negativo

- Fecha del examen físico completo más reciente \_\_\_\_\_

- ¿Tiene su hijo algún problema de aprendizaje?  Sí  No  
Si es sí, por favor explique \_\_\_\_\_