

DISTRITO CONSOLIDADO ESCOLAR PUBLICO 15
Palatine, Illinois

CUESTIONARIO DE INFORMACION SOBRE LA SALUD

2007-08

Estimados Padres:

Para ayudar a cumplir con las necesidades de salud de su niño/a en la escuela, les pedimos que llenen el cuestionario de abajo y lo regresen a la escuela a la que asiste su niño/a. Si tienen alguna pregunta, por favor llamen a la oficina de la enfermera de su escuela. Gracias anticipadas por su cooperación.

_____ M F _____
Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento Escuela Grado 2007-08

ESTE CUESTIONARIO SE DEBE DE LLENAR, FIRMAR Y FECHAR, ANUALMENTE

¿Su niño/a usa lentes? Sí No ¿Historia de problemas de oído? Sí No
¿Lentes de Contacto? Yes No

Marque cualquiera de los siguientes problemas que apliquen a su niño/a:

Asma Corazón Diabetes Ataques

Describir: _____

Alergias: Picadora de Avesa Cacahuete Comida Medicina
 Animal/Insecto Ambiental Latex Otro

Describir: _____

ADD/ADHD Migraña Ortopédico Estómago Urinario

¿Está su niño/a actualmente bajo tratamiento / cuidado médico? Sí No

Describir: _____

Nombre del Médico: _____ # de Teléfono: _____

¿Tiene su niño/a necesidades o precauciones necesarias mientras está en la escuela? Sí No

Describir: _____

¿Está tomando su niño alguna medicina? (Si es 'Sí' indique aquí:) Casa Escuela

Nombre la medicina: _____

Razón de tomarla: _____

Dosis: _____ Horario del día: _____

ESTA INFORMACION PUEDE SER COMPARTIDA CON EL PERSONAL APROPIADO DE LA ESCUELA

Firma de Uno de los Padres o Tutores

Relación

Fecha