FECHA _____

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 adoptive ☐ abuelo

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

x Viruela	☐	☐
x Sarampión alemán (3 días)	☐	☐
x Sarampión rojo (10 días)	☐	☐
x Fiebre escarlata	☐	☐
x Dolor de oídos	☐	☐

(Si es sí, por favor explique a continuación)

x Visión	☐	☐
x Usa anteojos	☐	☐
x Dentales	☐	☐
x Audición	☐	☐
x Usa audífonos	☐	☐
x Cardiacos	☐	☐
x Pulmonares	☐	☐
x Renales/vejiga	☐	☐
x Huesos/coyuntura	☐	☐

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

¿Otra discapacidad física? _____

Enumere TODOS los medicamentos que está tomando en Este momento _____

x Reacción alérgica a la picadura de insectos	☐	☐

GRAVE _____ Leve _____

x Cualquier otra alergia	☐	☐

Si es así, por favor explique _____

Enumere todas los medicamentos para la alergia _____

x Asma	☐	☐
x Diabetes	☐	☐
x Convulsiones	☐	☐
x Epilepsia	☐	☐

Si es sí para cualquiera de los anteriores, por favor explique _____

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

x ¿Lesiones/enfermedades/accidentes graves? (Explique e indique fechas) _____

x ¿Alguna cirugía? (Explique e indique fechas) _____

x Alguna hospitalización (Explique e indique fechas) _____

x Examen de tuberculosis _____ ☐ Positivo ☐ Negativo

x Fecha del examen físico completo más reciente

x ¿Tiene su hijo algún problema de aprendizaje? ☐ ☐ No

Si es sí, por favor explique _____

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