



## Antelope Valley Learning Academy

### Reporte de Evaluacion De Salud - Forma De Inscripcion

Nombre del estudiante:	Grado	Fecha de Nacimiento
Niño      Niña (Circule uno)		
Direccion:	Telefono	

Estimados Padres: Que su niño/nina tenga buen exito en las escuela depende de su salud fisica.

ENTIENDO QUE LA INFORMACION DE LA SALUD DE MI HIJO/HIJA ES CONFIDENCIAL Y QUE SOLO LA MAESTRA Y EL PERSONAL DE LA EXCUELA OBTENDRAN ESTA INFORMACION.

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

ENFERMEDADES QUE TIENE O HA TENIDO	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Sarampion (10dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampion (3 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuente dolor de setomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa lentes todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viruelas locas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente sangra de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa lentes algunas veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuente dolor de garganta/catarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuente infeccio/dolor de oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuente dolor de cabeza grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leve sordera/bajo cuidado medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Escarlata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merenjitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respira por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayuda para problemas de idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se chupa el dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moja la cama/problemas de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Tiene su niño alergias? Liste por favor:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Toma su niño la medicina? Si sí, da el tipo, la cantidad y la razón.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Tiene a él/ella tuvo algún accidente grave? Si sí, explica aún más:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Tiene a él/ella tuvo alguna operación? Si sí, explica:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Tiene a él/ella fue hospitalizado? Si sí, explica aún más:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Es él/ella bajo cuidado de un médico ahora? Explique.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Tiene su niño la actividad física limitada? Explique.

**Si tiene algunas preguntas o necesita ayuda con algun problema de su niño/nina, por favor llame a la enfermera de la excuela.**