



Gravamen De la Salud Del Estudiante

Nombre Estudiante (Apellido, Primer, Segundo)	Fecha de nacimiento	Grado
Dirección (Número de casa, Calle, Ciudad)		Número De Teléfono
Padre / Guardarán		
Nombre y teléfono de Médico		
Nombre y teléfono de Dentista		

Gravamen de Salud del Estudiante		
A su mejor conocimiento, tiene su niño cualquier problema que puedan afecte como aprender en la escuela, que le causé cualquier preocupación, y/o puede ser importante que el personal de la escuela sepa. Por favor conteste "sí" o "no" hay cada uno de las preguntas siguientes.		
	Si	No
1. ¿Usted tiene preocupaciones sobre la salud general de su niño (por ejemplo: que come y hábitos de dormir, intestino o vejiga, postura, dientes, menstruación de la piel, peso, etc.)?		
2. ¿Tiene su niño problemas de los ojos (por ejemplo: dificultad con la vista, ojos cruzados, ojos enrojecidos con frecuencia, o , lentes de contacto, anteojos, etc.)?		
3. ¿Tiene su niño problemas del oído o para oír (por ejemplo: punzadas de dolor frecuentes, dificultad para oír, drenando el oído, utiliza una prótesis de oído, etc.)?		
4. ¿Tiene a su niño problemas para hablar (por ejemplo: dificultad en entender sus palabras, el balbucear, desarrollo de retrasado, etc.)?		
5. ¿Tiene su niño alergias (por ejemplo: al los alimentos, insectos, drogas, polen, etc.)?		
6. ¿Tiene su niño cualquier enfermedad o problemas específicos que pudieran, en su opinión, afectar su funcionamiento en o programa de la escuela?		
a. ¿Ha recibió su niño cualquier evaluación médica, de la cual podrían ayudar los resultados, al personal de la escuela en resolver su necesidades de la salud o de la educación?		
b. ¿Este problema requiera cualquier cuidado médico especial en la escuela?		
c. ¿Toma su niño medicamentos especiales?		
7. ¿Usted tiene preocupaciones sobre el desarrollo o el bienestar emocional de su niño, de cuál la escuela debe estar enterada?		

Observaciones (por favor de una explicación las respuestas donde respondió "Sí")

[Si usted quisiera a discuta su salud de niño con una persona de la escuela, compruebe por favor el título: <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Consejero <input type="checkbox"/> Principal

