

**CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DE WELD RE-4 -revised 2/18**

Estimados Padres/Tutores Legales:

Por favor ayúdenos a planear el bienestar de su hijo durante el horario escolar al llenar esta forma detenidamente. Gracias.  
Christine Lichtenberg RN, Enfermera de la Escuela; Nicole Maas RN, Enfermera de la Escuela

Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género: M F Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado de la última escuela que asistió: \_\_\_\_\_

Nombre de quien esta llenando el cuestionario: \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_

1) Cuando fue el último examen de salud de rutina que tuvo su hijo: \_\_\_\_\_ ¿Quién lo hizo? \_\_\_\_\_

2) ¿Tiene su hijo alguna alergia? NO SI  
Si la respuesta es SI, anote y explique el tipo de reacciones: \_\_\_\_\_

3) ¿Tiene su hijo alguna condición crónica? (Favor de circular las que aplican) asma, diabetes, úlceras, trastorno convulsivos, condición Nerviosa, infecciones frecuentes en los oídos, bronquitis, condición cardiaca  
¿Cualquier otra condición? \_\_\_\_\_  
Si la condición existe: a. ¿Acaso el alumno sigue bajo tratamiento? NO SI  
b. ¿Pueden ayudarle los servicios de salud de la escuela? NO SI

**Si la respuesta es SI, favor de comentar en detalle:** \_\_\_\_\_

4) ¿A tenido su hijo alguna enfermedad seria, operaciones, hospitalizaciones, o lastimaduras—incluyendo lastimaduras en la cabeza, conmoción cerebral? NO SI ¿Ha sido diagnosticado su hijo con un daño del cerebro traumático? NO SI  
Si la respuesta es SI a cualquiera de las preguntas favor de explicar: \_\_\_\_\_

5) Ha tenido su hijo algún problema con los: Oídos? NO SI Visión? NO SI  
Ultimo examen de: Auditiva: \_\_\_\_\_ ¿Quién lo hizo? \_\_\_\_\_  
Visión: \_\_\_\_\_ ¿Quién lo hizo? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI a cualquiera de los problemas de la visión o auditiva, favor de explicar: \_\_\_\_\_

6) ¿Su hijo esta tomando algún medicamento? NO SI Motivo por el que fue prescrito: \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es SI, apunte los medicamentos y las indicaciones: \_\_\_\_\_  
¿El medicamento necesita ser administrado en la escuela? NO SI

**El medicamento solo puede ser administrado en la escuela con la autorización del médico y los padres. Comuníquese con el personal del cuarto de salud en la escuela de su hijo o vaya a la página del distrito, entre en la sección de RE-4 Departments, entonces vaya a Health Services/Servicios de Salud, y vaya a la porción de abajo en la sección de la tarjeta médica.**

7) Personal de las escuelas públicas de Weld RE-4 puede dar a mi estudiante una pastilla para la tos, no medicada, a petición del estudiante: NO SI

8) ¿Tiene su hijo alguna limitación o incapacidad? NO SI  
Si la respuesta es SI, favor de explicar: \_\_\_\_\_

9) ¿Tiene su hijo alguna atención especial por causa de problemas de salud? NO SI  
Si la respuesta es SI, favor de explicar: \_\_\_\_\_

***Yo autorizo que el diagnóstico médico sea compartido con los adultos en el ambiente escolar que van a estar trabajando con mi hijo solo cuando sea necesario.***

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha