

### Encuesta De Salud

Nombre del niño:	Padres/Encargados:
Fecha de Nacimiento:	Teléfono del hogar#
Dirección:	Teléfono celular #
	Teléfono del trabajo #

En caso de emergencia, si los padres no pueden ser notificados, a quien debemos notificar?

Nombre:	Relación:
Número de teléfono:	
Dirección:	

Pediatra:
Teléfono de la oficina# <span style="float: right;">Dirección:</span>

#### **Alergias**

#### **Reacción**

Medicamento	
Comida:	
Insectos:	
Otros	

Circule Sí or No

Sí o No      Mi hijo/a ha sido restringido de participar en la clase de educación física.  
Razón? \_\_\_\_\_

Sí o No      Mi hijo/a utiliza los siguientes equipos correctivos.  
Circule:    Espejuelos      Equipo Auditivo      Equipo Dental      Otros:

Sí o No      Mi hijo/a toma medicamentos diariamente.

Medicamento	Dosis	Razón

Sí o No Mi hijo/a padece la siguiente condición médica y requirió hospitalización al nacer.

Condición?	
Cuánto tiempo estuvo hospitalizado/a?	

Sí o No Mi hijo/a visita el siguiente médico especialista.

Médico	Especialidad

apliquen) Mi hijo/a padece de las siguientes condiciones médicas: (circule todas las que apliquen)

Wheezing/Asthma	Problemas Intestinales	Exposición a Tuberculosis
Soplo del Corazón/Defecto Cardíaco	Problemas Visuales	Diabetes
Problemas Dentales	Convulsiones/ Epilepsia	Fiebre Rheumatica
Anemia	Problemas de Aprendizaje	Varicela
Exposición al plomo	Retraso en el desarrollo	Huesos Rotos

Explain: \_\_\_\_\_

Yes or No My child has a medical problem not stated above.

What? \_\_\_\_\_

Yes or No My child has had a serious injury.

When?	What happened?	Disability associated with it?

Yes or No I have specific concerns about my child's health that have not been addressed.

---

Yes or No My child visits a dentist yearly. Name of dentist: \_\_\_\_\_  
Last dental visit: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_