



Livermore Valley Joint Unified School District

685 East Jack London Boulevard, Livermore CA 94551

Tel (925) 606-3200 Fax (925) 454-5638

ESCUELA: _____

GRADO: _____

HISTORICAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

MÉDICO ACTUAL: _____ DENTISTA ACTUAL: _____

Estado de salud actual del niño: delicado ___ satisfactorio ___ bueno ___ excelente ___

Padre del familia/tutor: Encierre en un círculo "SÍ" o "NO" y describa se elige "SÍ".

Sí No ALERGIAS: estacionales _____ alimentos _____ medicamentos _____

Otros alérgenos: _____

Sí No MEDICAMENTO(S) habitual(es) (además de vitaminas): nombre, dosis, frecuencia _____

Sí No Problemas a nacer o en al infancia: _____

Sí No HOSPITALIZACION(S) anteriores: fecha/motivo _____

Sí No Problemas con el DESARROLLO: _____

Sí No Problemas actual de COMPORTAMIENTO: _____

Sí No Problemas EMOCIONALES: _____

Sí No Problemas de AUDICIÓN: _____

Sí No Problemas de VISIÓN: _____

Sí No DOLORES DE CABEZA: tipo/frecuencia _____

Sí No PROBLEMAS CARDÍACOS O DEFECTO: _____ RESTRICCIONES: _____

Sí No ASMA: _____

Sí No DIABETES: tipo 1 or 2 Medicamentos y método de administración: _____

Sí No ATAQUES o CONVULSIONES: _____

Sí No DISCAPACIDAD FÍSICA: _____

Sí No PROBLEMAS DIGESTIVOS: _____

OTROS PROBLEMAS DE SALUD: _____

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR: _____ FECHA: _____

Si su hijo tiene una condición de salud que amenaza la vida o la alergia, por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela para la planificación de la salud en la escuela.

<http://www.livermoreschools.com/healthservices>